



**UNIVERSAL  
CURRICULUM**  
*Treatment of Substance Use Disorders*

**UTC**

Currículo de Tratamiento Universal para  
Trastornos por Uso de Sustancias

## Curso 3

# Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes

Una Visión General para  
Profesionales en Adicciones

Manual del Participante



**DAP**  
Drug Advisory Programme





**UNIVERSAL  
CURRICULUM**  
*Treatment of Substance Use Disorders*

**UTC**

Currículo de Tratamiento Universal para  
Trastornos por Uso de Sustancias

# Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes

## Una Visión General para Profesionales en Adicciones

4ª Edición, 2020

**Manual del/la Participante**

**Nivel Básico de la serie de UTC 3**



## Agradecimientos

***El Curso 3 del UTC: Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes — Una Visión General para Profesionales en Adicciones*** forma parte de una serie de capacitación de ocho volúmenes desarrollada para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Estado de los Estados Unidos. La publicación se desarrolló originalmente bajo el contrato número SAQMPD07D0116, Servicios de Apoyo a la Reducción de la Demanda, entre INL y Alvarez & Associates, con la participación de JBS International, Inc. (JBS) como entidad subcontratista. Algunos materiales de este curso fueron desarrollados por JBS para Family Health International Hanoi, Vietnam, bajo un contrato financiado por la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. Este manual ha sido sometido a diversas revisiones bajo la supervisión de Plan Colombo.

Queremos agradecer a los siguientes miembros del Comité de Revisión por Pares y al Grupo Consultivo de Expertos en Tratamientos por sus importantes contribuciones a la revisión de este Curso:

## Comité de Revisión por Pares

1. Rodrigo Portilla Huidobro, M.P.H., ICAP II, Gerente de Proyectos para América Latina y el Caribe, Programa de Asesoramiento sobre Drogas (DAP), Plan Colombo, para Latinoamérica y el Caribe, Chile.
2. Yatan Pal Singh Balhara, Ph.D., Profesor Adjunto de Psiquiatría, Centro Nacional de Tratamiento de la Dependencia de Drogas (NDDTC por sus siglas en inglés) y Departamento de Psiquiatría, All India Institute of Medical Sciences (AIIMS), India.
3. V. Thirumagal, Ph.D., ICAP II, NCAC I, Consultor Independiente, India.
4. Yvonne Olando, Ph.D., Psicóloga Clínica/Profesora a Tiempo Parcial, University of Nairobi, Kenia.
5. Evelyn Bordón, Psiquiatra – Manejo de la Atención – CENPTRA (Centro Nacional para la Prevención y el Control de la Adicción) – Paraguay.
6. Gabriel Rossi, Asesor, Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo Latinoamérica y el Caribe, Uruguay.

## Grupo Consultivo de Expertos en Tratamientos

1. Bruno Bui, Oficial de Asuntos Externos, Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL), Departamento de Estado de los EE.UU.
2. Nathalie Panabokke, Ph.D., Directora (Interina), Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, Sri Lanka.
3. Becky Vaughn, B.S. Ed., Directora, Centro Global de Acreditación y Certificación (GCCC por sus siglas en inglés), Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, EE.UU.
4. Mariano Montenegro, MD, MSc., Director Oficina para América Latina y el Caribe, Plan Colombo, Formador para la ONUDD, América Latina y el Caribe, Chile.
5. George Murimi, África. KCAC III, Gerente de Proyectos para África, Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo.



6. Nyein Zaw Htet Doe, Myanmar. M.B.B.S., M.P.H, ICAP 1, Gerente de Programa – Desarrollo de Currículos (Tratamiento), Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo
7. Rodrigo Portilla Huidobro, Chile, M.P.H., ICAP II, Gerente de Proyectos, Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo para Latinoamérica y el Caribe.
8. Igor Koutsenok, MD, Profesor de Psiquiatría, University of California San Diego, Departamento de Psiquiatría; Director, Center for Criminality & Addiction Research, Training & Application, Director, International Addiction Technology Transfer, EE.UU.
9. Dr. Sun Min Kim, Profesor Adjunto, School of Social Work , Dankook University, Corea.
10. Thirumagal, Ph.D., ICAP II, NCAC I, Consultor Independiente, India
11. Cary Hopkins Eyles, MA, CAP, Director Adjunto, International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction (ICUDDR), USA.
12. Nancy Dudley, M.S., Presidenta, Resilient Soul Services, Inc. Chevy Chase, Maryland, EE.UU.
13. Elizabeth Saenz, MD, Pediatra, MPHDC, MMCH, Oficial de Enlace (Programa de ONUDD-OMS para el Tratamiento y Atención de la Dependencia de Drogas) en Ginebra, División de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, Sección de Salud y Prevención de Drogas, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.

Un agradecimiento especial para Brian Morales, Jefe de la Subdivisión Antinarcóticos, y para Charlotte Sisson, Oficial Senior de Relaciones Exteriores, Programa de Reducción de la Demanda de Drogas, ambos de la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos, por su orientación y apoyo en el proceso general de elaboración del currículo.

También quisiéramos agradecer a la Dra. Rehana Kader (Ph.D.) por la revisión editorial, a Yasodara Hiripitiya, Oficial de Programa (DAP) y a Nuwan Wickramasinghe (Diseñador Gráfico Senior) por su ayuda en la toma de notas de las reuniones y en el diseño gráfico del manual.

## **Edición en Español:**

**Coordinación general:** Rodrigo Portilla y Jo Rivas

**Colaboración técnica:** Gabriel Rossi, Marta Oliva y Julia Alvarado

**Traducción:** Cristina Véjar

**Diseño gráfico:** Sebastián Vicente

**Editado en Santiago, Chile | 2022**

## **Cláusula de Exención de Responsabilidad**

Las intervenciones de tratamiento de trastornos por uso de sustancias descritas o referidas en este documento no necesariamente reflejan la posición oficial de INL o del Departamento de Estado de los Estados Unidos. Las directrices entregadas en este documento no deben considerarse como sustitutos de la atención personalizada de la persona en tratamiento.

### **4ª Edición**

Publicada en 2020 - Sri Lanka



---

# ÍNDICE

---

## Parte I — Orientación para el/la Participante

|                                            |   |
|--------------------------------------------|---|
| Orientación del/de la Capacitador(a) ..... | 1 |
|--------------------------------------------|---|

## Parte II — Módulos de la Capacitación

|                                                                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Módulo 0 — Departamento de Estado de los EE.UU .....                                                                | 5   |
| Módulo 1 — Introducción a la Capacitación .....                                                                     | 19  |
| Módulo 2 — La Historia de los Trastornos Co-ocurrentes, las Vulnerabilidades<br>frente a ellos y sus Impactos ..... | 57  |
| Módulo 3 — Opciones y Modelos de Evaluación y Tratamiento .....                                                     | 97  |
| Módulo 4 — Trastornos Mentales Específicos y Problemas Comunes .....                                                | 133 |
| Módulo 5 — Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias .....                                                       | 299 |
| Módulo 6 — Trastornos Médicos Co-ocurrentes Comunes .....                                                           | 327 |
| Módulo 7 — Integración del Aprendizaje en la Práctica .....                                                         | 385 |

## Parte III — Anexos

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| Anexo A — Glosario .....                   | 389 |
| Anexo C — Recursos .....                   | 395 |
| Anexo C — Reconocimientos especiales ..... | 399 |



## Aviso de Difusión y de Dominio Público

Todos los materiales del Currículo Universal (UC) que figuran en este curso, excepto aquellos tomados directamente de fuentes protegidas por derechos de autor, son de dominio público y pueden ser reproducidos, o copiados por Proveedores de Educación (EPs por sus siglas en inglés) y sus estudiantes, sin autorización previa del Departamento de Estado de los EE.UU./INL o de los autores. Los manuales y las diapositivas en PowerPoint sólo pueden ser compartidos con Proveedores de Educación (EPs) designados y sus usuarios autorizados (p. ej., miembros y administradores del equipo de capacitación de los EPs). Para convertirse en Proveedor de Educación, un gobierno, una universidad o una organización de la sociedad civil debe ponerse en contacto con un Centro de Coordinación Regional para solicitar acceso. El acceso se otorga una vez se haya firmado un Formulario de Autorización de Usuario o un Memorándum de Entendimiento. El directorio de actuales Proveedores de Educación se encuentra disponible en: <https://www.issup.net/training/education-providers>.

Los EPs pueden difundir la serie completa del currículo, uno o más cursos completos, o uno o más módulos completos. En tales casos, se les solicita documentar toda capacitación del UC en el sitio web de ISSUP. También pueden incorporar los materiales del UC en sus propios materiales académicos/de capacitación, en cuyo caso se agradecerá citar la fuente.

Esta publicación no puede ser distribuida mediante el pago de una tarifa, como no sea el simple costo de reproducción, sin la autorización específica y por escrito de INL.



# Orientación para el/la participante

## Introducción

¡Bienvenidos(as)! Esta capacitación les proporcionará conocimientos sobre la fisiología de la adicción como una enfermedad cerebral y les mostrará los efectos y consecuencias de las sustancias psicoactivas.

El *Curso 3 del UTC: Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes — Una Visión General para Profesionales en Adicciones* forma parte de una serie de capacitación desarrollada por el Programa de Asesoramiento sobre Drogas (DAP) de Plan Colombo, con financiamiento del Departamento de Estado de los Estados Unidos. Se puede obtener información adicional sobre Plan Colombo en <http://www.colombo-plan.org>.

El objetivo general de esta serie de capacitación es disminuir los graves problemas de salud, sociales y económicos asociados a los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS), mediante la construcción de capacidades de tratamiento a nivel internacional a través de la capacitación, la profesionalización y la expansión de la fuerza laboral global de tratamiento. La capacitación prepara a los/las terapeutas para su certificación profesional a nivel básico, proporcionándoles la información más reciente sobre los TUS y su tratamiento, así como actividades prácticas para desarrollar capacidades, confianza y competencia.

¡Les felicitamos por destinar tiempo a aprender más sobre su trabajo!

## La Capacitación

Los seis módulos de esta serie de capacitación se pueden impartir en 3 días consecutivos o en el transcurso de varias semanas o meses. Sus capacitadores(as) les han proporcionado una agenda específica.

El enfoque de aprendizaje de esta capacitación incluye:

- Presentaciones y debates dirigidos por el capacitador(a);
- Uso frecuente de actividades creativas dirigidas por los/las participantes, tales como ejercicios y presentaciones en grupos pequeños y en parejas;
- Ejercicios de escritura reflexivos;
- Revisiones periódicas para aumentar la retención del aprendizaje; y
- Ejercicios de evaluación del aprendizaje.

¡Su participación activa es esencial para que esta sea una experiencia de aprendizaje positiva y productiva!

## Metas y Objetivos del Curso 3

### Metas de la Capacitación

- Proporcionar una visión general de los trastornos médicos y mentales co-ocurrentes comunes; y
- Proporcionar una visión general de los modelos y de los principios del tratamiento de trastornos co-ocurrentes.

### Objetivos de Aprendizaje

Los/las participantes que completen el Curso 3 serán capaces de:

- Comprender terminología y conceptos claves que se utilizan en el campo de los trastornos co-ocurrentes;
- Describir los factores biológicos y ambientales de riesgo y de protección en relación con los trastornos co-ocurrentes;
- Describir seis de los principales trastornos mentales y los correspondientes enfoques de consejería de TUS para cada uno;
- Explicar qué se entiende por trastornos mentales inducidos por sustancias;
- Describir tres trastornos médicos importantes que tienen un impacto en los TUS; e
- Incorporar estos conceptos en sus roles como terapeutas de TUS.

### Materiales de la Capacitación

Los materiales de la capacitación incluyen:

- Este *Manual del/de la Participante*;
- Un cuaderno; y

Cada módulo de su *Manual del/de la Participante* incluye:

- Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje para el módulo;
- Un programa de trabajo;
- Diapositivas en PowerPoint con espacio para tomar notas;
- Páginas de Apoyo con información adicional o con instrucciones y materiales para los ejercicios; y
- Un resumen del módulo.

El *Manual del/de la Participante* también consta de un glosario (Anexo A) y de una lista de recursos (Anexo B).

Sus capacitadores(as) les entregarán un cuaderno para que lo utilicen como su diario personal. Podrán utilizar este cuaderno de diversas maneras. Podrán tomar nota de:

- Temas sobre los que les gustaría leer más;
- Un principio sobre el que les gustaría reflexionar más;
- Una técnica que les gustaría intentar;

- Formas en que podrían incorporar algo de lo que han aprendido en su práctica; y
- Posibles obstáculos para utilizar los nuevos conocimientos.

Por otra parte, sus capacitadores(as) les pedirán completar breves tareas de escritura.

## ***Para obtener el mejor provecho de su experiencia de capacitación***

Para obtener el mejor provecho de su experiencia de capacitación:

- Si tienen un supervisor(a), hablen con él o ella antes de comenzar la capacitación. Descubran cuáles son sus expectativas con respecto a ustedes.
- Reflexionen sobre qué quieren aprender de cada módulo.
- Acudan preparados(as) a cada sesión; revisen las páginas del manual correspondientes a los módulos que se presentarán.
- Sean participantes activos(as). Participen en los ejercicios, formulen preguntas, escriban en sus cuadernos, y reflexionen sobre la información adicional que necesitarán.
- Hablen con sus supervisores(as) [o con sus compañeros(as) de trabajo, si no tienen supervisor(a)] después de la capacitación. Conversen sobre lo que han aprendido para asegurarse de entender cómo la información se relaciona con su trabajo.
- Analicen con sus supervisores(as) o compañeros(as) de trabajo las formas en que podrían poner en práctica lo aprendido, y continuar avanzando.
- **¡Diviértanse!**



---

# Módulo 0

---

DEPARTAMENTO DE ESTADO DE LOS EE.UU.

---

**UTC**

Currículo de Tratamiento Universal para  
Trastornos por Uso de Sustancias





## ¡Felicitaciones!

“

Como participante en esta capacitación, se está uniendo a una comunidad global en rápido crecimiento de profesionales en el uso de sustancias

”



U.S. DEPARTMENT of STATE

2

MODULE - 0

### ¿Cómo se define esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

**En la última década, un número creciente de personas:**

- ✓ han sido entrenados
- ✓ se han acreditado
- ✓ estudian en universidades con programas especializados en adicciones
- ✓ operan en el contexto de un sistema de control de drogas más grande
- ✓ se han adherido a los enfoques basados en la ciencia y la investigación
- ✓ se han unido a asociaciones de profesionales de uso de sustancias
- ✓ han establecido redes a través de las asociaciones de profesionales



U.S. DEPARTMENT of STATE

3

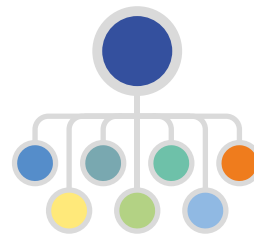
MODULE - 0

## ¿Quiénes son los miembros de esta comunidad global de profesionales de uso de sustancias?



Personas que trabajan en todo el mundo en los campos de prevención y tratamiento del uso de sustancias tanto en el sector público como privado

Organizaciones que actúan como portales o "puertas" para que las personas se unan a la comunidad global



U.S. DEPARTMENT of STATE

4

MODULE - 0



**ISSUP es la sigla para International Society of Substance Use Professionals, Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias**

- ✓ ISSUP fue lanzado por INL en 2015 como una organización no gubernamental global, sin fines de lucro, para profesionalizar la fuerza laboral mundial de prevención y tratamiento.
- ✓ ISSUP brinda a los miembros oportunidades para compartir conocimientos, intercambiar experiencias y mantenerse al día con la investigación actual en el campo

*Cont.*



U.S. DEPARTMENT of STATE

5

MODULE - 0

**ISSUP es la sigla para International Society of Substance Use Professionals, Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias**

- ✓ Existen más de 10,000 miembros de ISSUP alrededor del mundo.
- ✓ Únase en forma gratuita a uno de los 4 niveles de membresía en:  
[www.issup.net](http://www.issup.net)
- ✓ Puede obtener créditos por este y otros cursos por ISSUP



U.S. DEPARTMENT of STATE

6

MODULE - 0



**ICUDDR es la sigla para International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction, Consorcio Internacional de Universidades para la Reducción de la Demanda.**

- ✓ Es un consorcio global de universidades para promover programas académicos enfocados en prevención y tratamientos basados en la ciencia
- ✓ Es un foro colaborativo para individuos de organizaciones para apoyar y compartir currículos, particularmente este serie de Curriculum Universal, y experiencias en la enseñanza y entrenamiento

*Cont.*



U.S. DEPARTMENT of STATE

7

MODULE - 0

**ICUDDR es la sigla para International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction, Consorcio Internacional de Universidades para la Reducción de la Demanda.**



Conozca más acerca de programas especializados en adicciones en universidades alrededor del mundo en [www.icuddr.com](http://www.icuddr.com)



U.S. DEPARTMENT of STATE

8

MODULE - 0



**GCCC es la sigla para Global Centre for Credentialing and Certification of Addiction Professionals, Centro Global para Acreditación y Certificación de Profesionales en Adicciones**

- ✓ Las horas que dedica a esta capacitación pueden registrarse en GCCC y calificarlo para los exámenes y las credenciales profesionales.
- ✓ Las credenciales de GCCC lo ayudarán a acelerar su carrera al indicar su pasión y compromiso con los altos estándares

*Cont.*



U.S. DEPARTMENT of STATE

9

MODULE - 0



**GCCC es la sigla para Global Centre for Credentialing and Certification of Addiction Professionals, Centro Global para Acreditación y Certificación de Profesionales en Adicciones**



Obtenga información sobre cómo aplicar lo último en prevención y tratamiento basados en la investigación en: [www.globalccc.org](http://www.globalccc.org)



U.S. DEPARTMENT of STATE

10

MODULE - 0



**¿Quién financia y apoya a esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?**

La Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de EE.UU., financiada por el contribuyente estadounidense



U.S. DEPARTMENT of STATE

11

MODULE - 0

### ¿Dónde se reúne esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

- ✓ Digitalmente, a través de ISSUP y sus redes y
- ✓ Presencialmente: a través de capacitaciones, en entornos de campus universitarios y en conferencias celebradas a nivel global, nacional, regional y local.



U.S. DEPARTMENT of STATE

12

MODULE - 0

## ¿Cómo opera esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

**En el contexto de un marco internacional más amplio de control de drogas con 3 partes clave:**

- Los tres tratados o "convenios" internacionales de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas
- Comisión de Estupefacientes (CND por sus siglas en inglés)
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (INCB por sus siglas en inglés)



U.S. DEPARTMENT of STATE

13

MODULE - 0

## ¿Cuáles son las organizaciones internacionales clave que operan en el contexto de este marco de control de drogas más amplio?



**DAP**  
Drug Abuse Program

El Programa de Asesoramiento sobre Drogas (DAP por sus siglas en inglés) de Plan Colombo.



Inter-American Drug Abuse Control Commission

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA).



AFRICAN UNION

La Comisión de la Unión Africana (AUC por sus siglas en inglés).



UNODC

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).



World Health Organization

La Organización Mundial de la Salud (OMS).



U.S. DEPARTMENT of STATE

14

MODULE - 0



### ¿Cómo puedo participar en esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

#### ¡La forma más fácil es transformarse en un miembro active de ISSUP!

- ✓ Regístrese en forma gratuita en el sitio web de ISSUP en [www.issup.net](http://www.issup.net)
- ✓ Seleccione el ícono “Hazte miembro”
- ✓ Seleccione uno de los cuatro niveles de membresía – todos gratuitos!
- ✓ Comience a establecer contactos con otros de manera continua

¡Solo toma unos minutos registrarse y puede conectarse de inmediato con más de 10,000 miembros de ISSUP en todo el mundo!



U.S. DEPARTMENT of STATE

15

MODULE - 0

## ¿Cuáles son los beneficios reales de ser un miembro activo de esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias? Usted puede:

- ✓ Mantenerse informado
- ✓ Implementar mejores prácticas
- ✓ Acceder a capacitación y tutoría
- ✓ Convertir el entrenamiento en credenciales
- ✓ Acceder a ofertas de trabajo
- ✓ Acceder a investigaciones actualizadas
- ✓ Unirse a una red profesional
- ✓ Interactuar con otras redes profesionales.



U.S. DEPARTMENT of STATE

16

MODULE - 0

## LLAMADA A LA ACCIÓN

### Próximos pasos

1. Únase a ISSUP en [www.issup.net](http://www.issup.net)
2. Complete este entrenamiento para obtener créditos
3. Envíe sus créditos a GCCC en [www.globalccc.org](http://www.globalccc.org)

### Participe en ISSUP

- Publique en ISSUP: Encuentre instrucciones sencillas sobre cómo publicar en el sitio web de ISSUP
- Involucre a las redes de ISSUP: conéctese con colegas y amplíe su impacto



U.S. DEPARTMENT of STATE

17

MODULE - 0







---

# Módulo 1

---

## INTRODUCCIÓN A LA CAPACITACIÓN

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Contenido y Programa de Trabajo</i> .....                     | 21 |
| <i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje</i> ..... | 21 |
| <i>Diapositivas en PowerPoint</i> .....                          | 22 |
| <i>Páginas de Apoyo</i> .....                                    | 46 |
| <i>Resumen</i> .....                                             | 50 |



| Contenido y Programa de Trabajo                                                                |                   |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| Actividad                                                                                      | Duración          | Persona Responsable |
| Ceremonia de Bienvenida                                                                        | 15 minutos        |                     |
| Bienvenida del capacitador(a), temas administrativos y reglas básicas                          | 10 minutos        |                     |
| Ejercicio en parejas: Presentaciones Personales                                                | 40 minutos        |                     |
| Presentación: Materiales de la Capacitación                                                    | 10 minutos        |                     |
| Presentación: ¿Por qué esta capacitación?                                                      | 10 minutos        |                     |
| <b>Receso</b>                                                                                  | <b>15 minutos</b> |                     |
| Ejercicio en grupo grande: Expectativas de la Capacitación                                     | 10 minutos        |                     |
| Ejercicio en grupos pequeños: Definiciones claves en relación con los trastornos co-ocurrentes | 25 minutos        |                     |

## Metas y Objetivos del Módulo 1

### Metas de la Capacitación

- Crear una comunidad y un ambiente de aprendizaje positivo;
- Brindar a los/las participantes información de contexto sobre por qué se está llevando a cabo la capacitación;
- Proporcionar a los/las participantes un resumen de las metas generales de la capacitación, de los objetivos y del enfoque de aprendizaje del curso; y
- Proporcionar a los/las participantes una breve introducción a la terminología básica en relación con los trastornos co-ocurrentes.

### Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 1 serán capaces de:

- Explicar las metas generales y como mínimo cuatro objetivos de esta capacitación de 3 días;
- Señalar al menos una meta de aprendizaje personal;
- Aprender un hecho interesante sobre al menos cuatro participantes;
- Señalar al menos dos razones por las que los/las terapeutas de trastornos por uso de sustancias (TUS) deben comprender los trastornos médicos y mentales; y
- Describir en forma concisa los conceptos de uso de sustancias, TUS, salud mental y trastornos mentales.



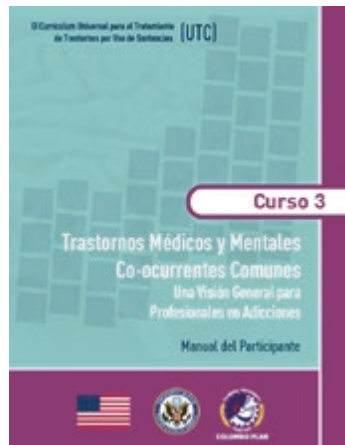
## Módulo 1 – Objetivos de Aprendizaje

- Explicar las metas generales y como mínimo 4 objetivos de esta capacitación de 3 días.
- Señalar al menos una meta de aprendizaje personal.
- Aprender un hecho interesante sobre al menos cuatro participantes.
- Señalar al menos dos razones por las que los/las terapeutas de TUS deben comprender los trastornos médicos y mentales.
- Describir en forma concisa los conceptos de uso de sustancias, TUS, salud mental y trastornos mentales.

1.2

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Qué cargo ocupa en la institución donde trabaja? ¿En qué consiste su trabajo?
- ¿Para qué institución trabaja? ¿Dónde está ubicada?
- ¿Qué enseñanza o valor importante le transmitieron sus mayores que intenta aplicar en su vida personal y profesional hoy en día?

## Materiales de Capacitación



1.4

## El Problema Global



- 269 millones de personas entre las edades de 15 y 64 años usaron sustancias ilícitas en al menos una ocasión en el 2018.

Fuente: ONUDD. (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020. New York: United Nations.

1.5

- 35.6 millones de personas sufren trastornos por uso de sustancias.
- Las personas que sufren trastornos por uso de sustancias requieren tratamiento.

1.6



## Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales – 5 (DSM-5)

- Publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- Proporciona criterios estándar para la clasificación de los trastornos mentales.
- El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) se define como un patrón problemático de uso de sustancias que conduce a una discapacidad o aflicción clínicamente significativa en la vida cotidiana.
- El nivel de gravedad se mide según un continuo que varía de leve a severo,

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author

1.7

## Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)

- Publicada por la OMS, y cubre la salud como un todo.
- Abarca más tipos de sustancias que la CIE-10.
- Los trastornos por el uso de sustancias se caracterizan por el patrón de consumo y sus consecuencias. La CIE-11 los clasifica de la siguiente forma:
  - Episodio único de uso perjudicial de sustancias.
  - Patrón de uso perjudicial de sustancias.
  - Dependencia de sustancias.
  - Intoxicación.
  - Abstinencia.

ICD-11 : International Classification of Disease for Mortality and Morbidity Statistics. (Eleventh Revision ed.): World Health Organisation.

1.8

### El Problema Global

- Aproximadamente 11.3 millones de personas se inyectaban drogas en el año 2018.
- Alrededor de un 12.6% de las personas que se inyectan drogas vive con VIH, lo que corresponde a 1.4 millones de personas.
- Alrededor de un 48.5% de personas que se inyectan drogas, o unos 5.5 millones de personas, viven con Hepatitis C.

ONUDD. (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020. New York: United Nations.

1.9

## El Problema Global

- Las consecuencias globales de los TUS son de gran alcance e incluyen:
  - ▣ Tasas más altas de hepatitis y tuberculosis.
  - ▣ Pérdida de productividad.
  - ▣ Lesiones y muertes causadas por accidentes automovilísticos y otros accidentes.
  - ▣ Muertes por sobredosis.
  - ▣ Suicidios.
  - ▣ Violencia.

1.10

## El Problema Global

- “Continúa existiendo una enorme necesidad no cubierta en cuanto a la prevención, tratamiento, atención y apoyo para los trastornos por uso de drogas, especialmente en los países en desarrollo”.

— *Yuri Fedotov*,  
Director Ejecutivo, ONUDD  
(2010 a 2019)

Fuente: ONUDD. (2011). Informe Mundial sobre las Drogas 2011 (p. 9). New York: United Nations.

1.11

- Desarrollar la capacidad de tratamiento a nivel internacional a través de:
  - Capacitación
  - Profesionalización
  - Ampliación de la fuerza laboral.

1.12

## Cursos de la Serie

- **El Curso 1 del UTC:** *Introducción a la Ciencia de la Adicción* (3 días).
  - ▣ Curso fundacional; no se basa en habilidades o en instrucciones.
  - ▣ Visión general de la fisiología de la adicción como una enfermedad cerebral y de la farmacología de las sustancias psicoactivas.

1.13

## Cursos de la Serie

- **El Curso 2 del UTC:** *Tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias – El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones* (5 días).
  - ▣ Proporciona las bases para comprender el tratamiento de los TUS y el continuo de la atención.
  - ▣ Proporciona una visión general de la recuperación y del manejo de la recuperación, de las etapas del cambio, de los componentes del tratamiento de los TUS, y de las prácticas basadas en la evidencia.

1.14

### Cursos de la Serie

■ **El Curso 4 del UTC:** *Habilidades Básicas de Consejería para Profesionales en Adicciones* (5 días).

- Proporciona una comprensión básica de la relación terapéutica.
- Proporciona oportunidades para aumentar las habilidades de consejería y de la entrevista motivacional.
- Introduce la psicoeducación y el desarrollo de habilidades de recuperación como componentes del tratamiento de los TUS.

1.15

## Cursos de la Serie

### ■ El Curso 5 del UTC: *Ingreso, Detección, Evaluación, Planificación y Documentación del Tratamiento para Profesionales en Adicciones* (5 días).

- Proporciona una visión general de un proceso eficaz e integrado de detección, evaluación y planificación del tratamiento en el tratamiento de los TUS.
- Introduce el uso de herramientas válidas de detección y de evaluación.
- Destaca la importancia de la documentación en el proceso.

1.16

## Cursos de la Serie

### ■ El Curso 6 del UTC: *El Manejo de Casos para Profesionales en Adicciones* (2 días)

- Proporciona conocimientos sobre el manejo de casos en el tratamiento de los TUS.
- Describe las funciones del manejo de casos (planificación, vinculación, monitoreo, defensoría, consultas y colaboración)
- Proporciona oportunidades para poner en práctica el manejo de casos.

1.17



### Cursos de la Serie

■ **El Curso 7 del UTC:** *Intervención en Crisis para Profesionales en Adicciones* (2 días).

- Desarrolla una comprensión de la crisis.
- Proporciona pautas para el manejo de las crisis, para el manejo de riesgos de suicidio, y para evitar las crisis personales (autocuidado del/de la terapeuta).

1.18

## Cursos de la Serie

- **El Curso 8 del UTC: *Ética para Profesionales en Adicciones* (4 días).**
  - ▣ Desarrolla una comprensión de la ética en la práctica del tratamiento de los TUS.
  - ▣ Proporciona una visión general de las normas de la conducta profesional definidas en el Código de Ética.
  - ▣ Introduce el modelo de la toma de decisiones éticas y proporciona oportunidades para la práctica.

1.19

## Los Trastornos Co-ocurrentes

- Cuando una persona ha sido diagnosticada con un trastorno por uso de sustancias y también con al menos un trastorno médico o mental.

1.20

## 1.21

## Prevalencia

### TUS y Trastorno Mental Co-ocurrente



Alrededor de un 45 por ciento de las personas con un TUS padece también al menos un trastorno mental.

Fuente: UNODC. (2010, February). New challenges, strategies and programmes in demand reduction [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3\\_V1051349\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3_V1051349_E.pdf)

1.22

## Trastornos Co-ocurrentes: Desafíos

- Efectos negativos en los resultados del tratamiento tanto del trastorno por uso de sustancias como del trastorno mental.
- Las personas con un TUS y trastornos mentales co-ocurrentes suelen:
  - ▣ Tener pocas relaciones y dichas relaciones tienden a ser menos adecuadas.
  - ▣ Tener redes de apoyo social más débiles.
  - ▣ Presentar antecedentes de inestabilidad en cuanto a vivienda, empleo e ingresos.

Fuente: UNODC. (2010, February). New challenges, strategies and programmes in demand reduction [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3\\_V1051349\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3_V1051349_E.pdf)

1.23

## Trastornos Médicos Co-ocurrentes

- El uso de drogas ilícitas es uno de los 20 principales factores de riesgo para la salud en todo el mundo.



Fuente: UNODC. (2010, February). New challenges, strategies and programmes in demand reduction  
[https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3\\_V1051349\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3_V1051349_E.pdf)

1.24

## Trastornos Co-ocurrentes Múltiples



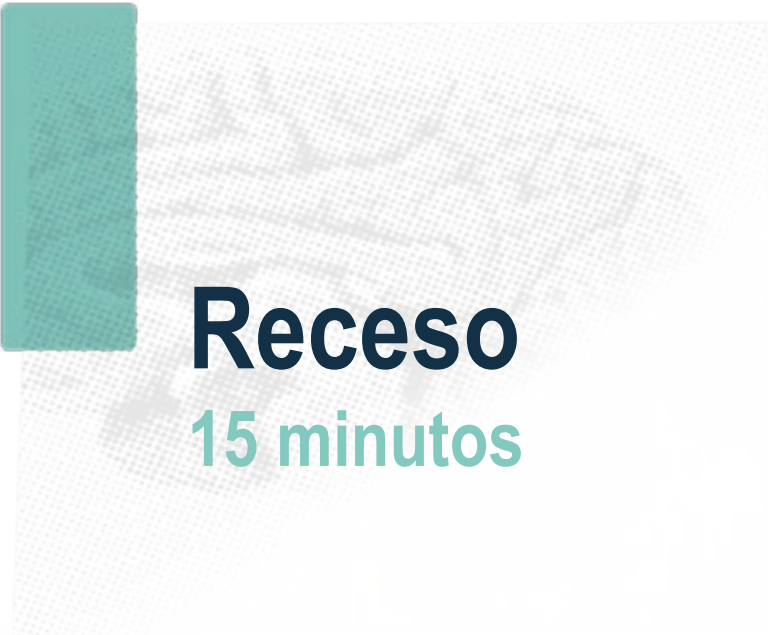
1.25

## Objetivos de Aprendizaje del Curso

- Explicar terminología y conceptos claves.
- Describir los factores de riesgo y de protección biológicos y ambientales relacionados con los trastornos co-ocurrentes.
- Describir 6 de los trastornos mentales más importantes y proporcionar sugerencias de consejería de TUS para cada uno de ellos.

1.26

- Explicar qué se entiende por trastornos mentales inducidos por sustancias.
- Describir 3 importantes trastornos médicos que tienen un impacto en los TUS.
- Incorporar estos conceptos a sus funciones como terapeutas de TUS.



## Receso

### 15 minutos

1.28

### Ejercicio en grupo grande: Expectativas de la Capacitación

- Deberán escribir 2 expectativas de esta capacitación en sus tarjetas.

1.29



## 1.30

## Salud Mental

- Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Fuente: World Health Organization. (2014). What is mental health? Obtenido en marzo 16, 2017, de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

1.31

## Trastorno Mental

- “Síndrome que se caracteriza por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional, o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”.

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

1.32

## Definición de Trastorno Mental

- Un trastorno mental **no** es simplemente:
  - ▣ Una respuesta predecible ante factores usuales de estrés y pérdidas (por ejemplo, la pérdida de un ser querido) o
  - ▣ Una respuesta culturalmente sancionada a un acontecimiento concreto (por ejemplo, los estados de trance en los rituales religiosos) o
  - ▣ Principalmente una consecuencia de la desviación social o de un conflicto con la sociedad.

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

1.33

## Trastornos por Uso de Sustancias

- Ocurre cuando el consumo recurrente de alcohol y/o drogas provoca un deterioro clínico y funcionalmente significativo, como problemas de salud, discapacidad, y la imposibilidad de cumplir con las principales responsabilidades en el trabajo, la escuela o el hogar.

Fuente: <http://www.samhsa.gov/disorders/substance-use>

1.34

## Página de Apoyo 1.1:

### Criterios para el Diagnóstico de los Trastornos por Uso de Sustancias del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5)<sup>3</sup>

El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) es un patrón problemático de consumo de una sustancia intoxicante que produce un deterioro o malestar clínicamente significativo que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. La sustancia a menudo se consume en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fallidos de abandonar o de controlar el uso de la sustancia.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. *Cravings* o deseos intensos o impulsos de usar la sustancia.
5. Uso recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, lugar de estudio, o el hogar.
6. Uso continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su uso.
7. Se abandonan o se dedica menos tiempo a actividades sociales, profesionales o recreacionales importantes debido al uso de la sustancia.
8. Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. **Se continúa con el uso de sustancias a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico** persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por una de las siguientes situaciones:
  - a. Una necesidad de usar cantidades notoriamente mayores de una sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el uso continuado de la misma cantidad de la sustancia.
11. Abstinencia, manifestada por:
  - a. El síndrome de abstinencia característico de la sustancia (excluye la fenciclidina, otros alucinógenos e inhalantes).
  - b. La sustancia (o alguna sustancia muy similar) es consumida para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.



**Nota:** Este criterio no se considera cumplido para quienes toman opioides, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o medicamentos estimulantes únicamente bajo supervisión médica adecuada.

<sup>1</sup> <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction-basics>

## **Página de Apoyo 1.2:**

### ***Clasificación de Trastornos Mentales y Conductuales — CIE-11<sup>4</sup>***

---

Los trastornos debidos al uso de sustancias incluyen episodios únicos de uso perjudicial de sustancias, trastornos por uso de sustancias (uso perjudicial de sustancias y dependencia de sustancias) y los trastornos inducidos por sustancias, tales como la intoxicación por sustancias, la abstinencia de sustancias y los trastornos mentales inducidos por sustancias, las disfunciones sexuales y los trastornos del sueño–vigilia.

#### ***Trastornos debidos al uso de sustancias***

Los trastornos debidos al uso de sustancias se caracterizan por el patrón de uso y sus consecuencias. Además de la intoxicación por sustancias, éstas tienen propiedades inductoras de la dependencia, lo que da lugar a la dependencia de sustancias en algunas personas y a la abstinencia de sustancias cuando se reduce o se interrumpe su uso. La sustancia causa una amplia gama de daños que afectan a la mayor parte de los órganos y sistemas del organismo, los que podrían clasificarse como episodio único de uso perjudicial y patrón de uso perjudicial. El daño a terceras personas ocasionado por comportamientos durante la intoxicación por sustancias se incluye en las definiciones del uso perjudicial de sustancias. Se reconocen diversos trastornos mentales inducidos por sustancias y formas de deterioro neurocognitivo relacionado con sustancias.

#### ***Episodio único de uso perjudicial de sustancias.***

Un episodio único de uso de una sustancia, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha dado lugar a un comportamiento que ha provocado daños a la salud de otras personas. El daño provocado a la salud de la persona ocurre debido a uno o más de los siguientes hechos:

1. comportamiento relacionado con la intoxicación;
2. efectos tóxicos directos o secundarios en órganos y sistemas del organismo; o
3. una vía de administración perjudicial.

El daño a la salud de los demás incluye toda forma de daño físico, incluyendo el trauma o el trastorno mental, que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por la sustancia por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de episodio único de uso perjudicial.

Este diagnóstico no debe realizarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de uso de sustancias.

#### **Exclusión**

- ✎ Patrón de uso perjudicial de sustancias.
- ✎ Dependencia de sustancias.

---

4 ICD-11 : International Classification of Disease for Mortality and Morbidity Statistics. (Eleventh Revision ed.): World Health Organisation.

### **Patrón de uso perjudicial de sustancias.**

Un patrón de uso de sustancias psicoactivas que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha dado lugar a un comportamiento que ha provocado daños a la salud de otras personas. El patrón de uso de sustancias psicoactivas es evidente durante un período de al menos 12 meses si el uso de sustancias es episódico o de al menos un mes si el uso es continuo. El daño provocado a la salud de la persona ocurre debido a uno o más de los siguientes hechos:

1. comportamiento relacionado con la intoxicación;
2. efectos tóxicos directos o secundarios en órganos y sistemas del organismo; o
3. una vía de administración perjudicial.

El daño a la salud de los demás incluye toda forma de daño físico, incluyendo el trauma o el trastorno mental, que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por la sustancia psicoactiva por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón de uso perjudicial de sustancias psicoactivas.

#### **Exclusión.**

- Dependencia de sustancias.
- Episodio de uso perjudicial de sustancias

### **Dependencia de sustancias.**

La dependencia de una sustancia psicoactiva es un trastorno de la regulación del uso de la sustancia psicoactiva que surge del uso repetido o continuo de la sustancia psicoactiva. El rasgo característico es:

- Un fuerte impulso interno de usar la sustancia psicoactiva, que se manifiesta como una incapacidad de controlar el uso, aumentando la prioridad otorgada al consumo por sobre otras actividades, y la persistencia del uso a pesar del daño o las consecuencias negativas. Estas experiencias suelen ir acompañadas de una sensación subjetiva de necesidad o deseo intenso de consumir la sustancia psicoactiva.
- También podrían estar presentes las características fisiológicas de la dependencia, incluyendo la tolerancia a los efectos de la sustancia psicoactiva, los síntomas de abstinencia después del cese o la reducción en el uso de la sustancia psicoactiva, o el consumo repetido de la sustancia psicoactiva o de sustancias farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia.

Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico podría realizarse si el uso de la sustancia psicoactiva es continuo (diario o casi diario) durante al menos 1 mes.

#### **Exclusión.**

- Episodio de uso perjudicial de sustancias
- Patrón de uso perjudicial de sustancias.

## **Intoxicación**

La intoxicación es un estado transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del uso de una sustancia psicoactiva y que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, de la cognición, de la percepción, del comportamiento afectivo o de la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de la sustancia psicoactiva y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad consumida. Los rasgos que se presentan podrían incluir alteraciones de la atención, comportamiento inapropiado o agresivo, labilidad del estado de ánimo, alteración del juicio, mala coordinación, marcha inestable y dificultad para hablar. En niveles más severos de intoxicación, podría producirse estupor o coma.

## **Abstinencia**

La abstinencia es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y/o características fisiológicas, que varían en grado de severidad y duración, que se produce tras el cese o la reducción del consumo de alcohol en individuos que han desarrollado una dependencia o que han usado sustancias psicoactivas durante un período prolongado o en grandes cantidades. Los rasgos que presenta la abstinencia podrían incluir hiperactividad autonómica, aumento del temblor de manos, náuseas, arcadas o vómitos, insomnio, ansiedad, agitación psicomotriz, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias y, distractibilidad. Con menor frecuencia, el estado de abstinencia se complica con convulsiones. El estado de abstinencia podría evolucionar hacia una forma muy grave de delirio caracterizada por confusión y desorientación, delirios y alucinaciones visuales, táctiles o auditivas prolongadas.



**Nota:** Los criterios de diagnóstico detallados pueden consultarse en el sitio web de la OMS.



**Nota:** En el momento de la actualización de este Curso, la CIE-11 estaba en las fases finales de revisión y aún no se había publicado formalmente. Sin embargo, con el fin de proporcionar a los capacitandos(as) del Currículo Universal la orientación más reciente y actualizada sobre los trastornos por uso de sustancias, INL y el Grupo Consultivo de Expertos en Tratamiento solicitaron la inclusión del lenguaje de la CIE-11, “en su estado actual”.



### **Página de Apoyo 1.3:**

#### *La Serie de Capacitación a Nivel Básico del Currículo de Tratamiento Universal (UTC) para Trastornos por Uso de Sustancias*

---

- Curso 1 del UTC:** Introducción a la Ciencia de la Adicción
- Curso 2 del UTC:** Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias – El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones
- Curso 3 del UTC:** Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes — Una Visión General para Profesionales en Adicciones **(este curso)**
- Curso 4 del UTC:** Habilidades Básicas de Consejería para Profesionales en Adicciones
- Curso 5 del UTC:** Ingreso, Detección, Evaluación, Planificación y Documentación del Tratamiento para Profesionales en Adicciones
- Curso 6 del UTC:** Manejo de Casos para Profesionales en Adicciones
- Curso 7 del UTC:** Intervención en Crisis para Profesionales en Adicciones
- Curso 8 del UTC:** Ética para Profesionales en Adicciones

## Módulo 1 — Introducción a la Capacitación, Resumen

### El problema a nivel mundial

- El uso de sustancias psicoactivas continúa representando un problema a nivel mundial. Un estudio realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) reveló que, en el año 2018<sup>3</sup>, 269 millones de personas entre las edades de 15 y 64 consumieron sustancias ilícitas al menos en una ocasión en ese año.
- Las sustancias ilícitas consideradas en el estudio incluían opioides, cannabis, cocaína, otros estimulantes de tipo anfetamínico, alucinógenos, y éxtasis, entre otras.
- Una cantidad significativa de personas que usan sustancias psicoactivas desarrolla TUS. El informe de la ONUDD calcula que un total de 35.6 millones de personas entre las edades de 15 y 64 años sufre trastornos por uso de sustancias. Las personas que sufren trastornos por uso de sustancias o con trastornos por uso de sustancias son un subconjunto de personas que usan drogas y que requieren tratamiento, atención de salud y de servicios sociales, y rehabilitación.
- El trastorno por uso de sustancias es un término general utilizado para describir una gama de problemas asociados al uso de sustancias (incluyendo el uso de drogas ilícitas y el uso indebido de medicamentos prescritos).
- Existen dos sistemas de clasificación que se utilizan en el diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias o TUS: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).
- El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association - APA), ofrece un lenguaje común y criterios estándar para la clasificación de los trastornos mentales.
- En el 2013, la APA actualizó el DSM, reemplazando las categorías de abuso de sustancias y de dependencia de sustancia por una categoría única: el trastorno por uso de sustancias (TUS).
- El TUS se define como un patrón desadaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados en al menos 2 de los 11 criterios en algún momento durante un período continuado de 12 meses. El nivel de gravedad se mide según un continuo que varía de leve a severo.
- Los síntomas asociados al TUS se dividen en cuatro grandes grupos: alteración del control, discapacidad social, consumo riesgoso y, criterios farmacológicos (p. ej., tolerancia y abstinencia).
- Otro sistema de clasificación se refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud.
- Se diferencia del DSM en que abarca la salud como un todo. Según la CIE-11, los patrones de uso de sustancias psicoactivas se clasifican de la siguiente manera:

3 United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2020

- Episodio único de uso perjudicial de una sustancia psicoactiva – se refiere a un episodio único de uso de una sustancia psicoactiva que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha dado lugar a un comportamiento que ha provocado daños a la salud de otras personas.
- Uso perjudicial – si el patrón de uso está causando daños a la salud. El daño podría ser físico (como en casos de hepatitis a partir de la autoadministración de drogas inyectadas) o mental (p. ej. episodios de trastorno depresivo como consecuencia del consumo excesivo de alcohol), y
- Dependencia – si el uso de una sustancia o de un tipo de sustancia adquiere mayor prioridad para una persona determinada que otros comportamientos que alguna vez tuvieron un mayor valor. Se produce una compulsión por consumir drogas, y señales físicas de un estado de abstinencia tras la ocurrencia de ésta.
- Intoxicación – un estado transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del consumo y que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, de la cognición, de la percepción, del comportamiento afectivo o de la coordinación.
- Abstinencia – es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y/o características fisiológicas, que varían en grado de severidad y duración, que se produce tras el cese o la reducción del consumo de alcohol en individuos que han desarrollado una dependencia o que han consumido sustancias psicoactivas durante un período prolongado o en grandes cantidades. Las características que presenta la abstinencia podrían incluir hiperactividad autonómica, aumento del temblor de manos, náuseas, arcadas o vómitos, insomnio, ansiedad, agitación psicomotriz; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias y, distractibilidad.
- El informe de la ONUDD calcula que un total de 35.6 millones de personas entre las edades de 15 y 64 padece trastornos por uso de sustancias. Las personas que son afectadas por los trastornos por uso de sustancias o las que padecen trastornos por uso de sustancias son aquel subconjunto de individuos que usan drogas y que requieren tratamiento, atención de salud y de servicios sociales, y rehabilitación.
- El estudio realizado por las Naciones Unidas también concluyó que:
  - 11.3 millones de personas se inyectaban drogas en el año 2018.
  - Alrededor de un 12.6% de las personas que se inyectan drogas vive con VIH, lo que corresponde a 1.4 millones de personas.
  - Alrededor de un 48.5% de personas que se inyectan drogas, o unos 5.5 millones de personas, viven con Hepatitis C.
- Las consecuencias globales de los TUS son de gran alcance e incluyen, por ejemplo:
  - Tasas más altas de VIH/SIDA; hepatitis y tuberculosis;
  - Pérdida de productividad;
  - Lesiones y muertes causadas por accidentes automovilísticos y otros accidentes;
  - Hospitalizaciones y muertes por sobredosis;
  - Suicidios; y
  - Violencia.

- Las cifras son significativas. El Director Ejecutivo de la ONUDD, Yuri Fedotov (2010-2019), ha señalado que “continúa existiendo una enorme necesidad no cubierta en cuanto a la prevención, tratamiento, atención y apoyo para los trastornos por uso de drogas, especialmente en los países en desarrollo”. Existen varias razones para ello, pero una de ellas es la falta de capacidad de tratamiento adecuada.

## **La Serie de Capacitación**

- Este curso forma parte de una serie de capacitación desarrollada por Plan Colombo, con financiamiento del Departamento de Estado de los Estados Unidos.
- El objetivo general de esta serie de capacitación es disminuir los problemas de salud, sociales y económicos asociados a los TUS, mediante la construcción de capacidades de tratamiento a nivel internacional a través de la capacitación, la profesionalización y la expansión de la fuerza laboral global de tratamiento.
- La serie prepara a los/las terapeutas para la certificación profesional en el nivel básico, proporcionándoles la información necesaria y capacitación en habilidades específicas. Encontrarán un listado de los cursos incluidos en la serie de capacitación en la Página de Apoyo 1.3 de sus manuales.

## **Otros cursos de la serie.**

- El Curso 1 del UTC: Introducción a la Ciencia de la Adicción, es un curso de 3 días de duración que presenta una visión general exhaustiva de la adicción; proporciona una comprensión de la fisiología de la adicción como una enfermedad cerebral; y describe la farmacología de las sustancias psicoactivas.
- El Curso 2 del UTC: Tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias – El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones, es un curso básico de 5 días de duración. Proporciona las bases requeridas para aprender sobre el tratamiento de los TUS. No se trata de un curso práctico o basado en habilidades, pero proporciona un contexto para los cursos basados en habilidades de la serie que se impartirán más adelante. Ofrece una visión general de la recuperación y del manejo de la recuperación, de las etapas del cambio, los principios de un tratamiento eficaz, los componentes del tratamiento, los factores que afectan los resultados del tratamiento, y las prácticas basadas en la evidencia, incluyendo la consejería de parejas y de familias.
- El Curso 3 del UTC: Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes — Una Visión General para Profesionales en Adicciones, es un curso de 3 días de duración. También se trata de un curso básico que proporciona una visión general de la relación entre los trastornos co-ocurrentes entre sí y los problemas de tratamiento relacionados con los TUS. Proporciona descripciones breves de los trastornos médicos y mentales más comunes co-ocurrentes con los TUS.
- El Curso 4 del UTC: Habilidades Básicas de Consejería para Profesionales en Adicciones, es un curso basado en habilidades de 5 días de duración. Proporciona una visión general de la relación terapéutica. También ofrece oportunidades para aprender y practicar habilidades básicas de la consejería y de la entrevista motivacional, que son esenciales en cada etapa del tratamiento y en cada tipo de consejería, incluyendo el trabajo con familias. El curso también cubre las habilidades básicas de consejería y de psicoeducación grupal (para personas usuarias y miembros de la familia).
- El Curso 5 del UTC: Ingreso, Detección, Evaluación, Planificación y Documentación del Tratamiento para Profesionales en Adicciones, es un curso basado en habilidades de 5 días de duración, que proporciona

conocimientos sobre un proceso eficaz e integrado de evaluación y de planificación del tratamiento/de los servicios. También destaca la importancia de la documentación en el proceso de tratamiento.

- El Curso 6 del UTC: El Manejo de Casos para Profesionales en Adicciones es un curso básico basado en habilidades, de dos días de duración, que proporciona una visión general del manejo de casos en el tratamiento de los TUS y que posibilita la puesta en práctica de habilidades en las funciones del manejo de casos, tales como la planificación, vinculación, monitoreo, defensoría, consulta, y colaboración.
- El Curso 7 del UTC: Intervención en Crisis para Profesionales en Adicciones, de dos días de duración, aborda el concepto de crisis como parte de la vida y proporciona pautas para la intervención y la práctica del manejo de crisis, incluyendo el manejo del riesgo suicida. También aborda las formas en que los/las terapeutas pueden evitar situaciones de crisis personales proporcionando información y ejercicios sobre el autocuidado del/de la terapeuta.
- El Curso 8 del UTC: Ética para Profesionales en Adicciones es un curso de 4 días que tiene como objetivo desarrollar una comprensión de la ética en el tratamiento de los TUS y proporciona una visión general de la conducta profesional tal como se define en el Código de Ética. Proporciona la oportunidad de aprender y de poner en práctica el proceso de la toma de decisiones éticas. El curso aborda además la importancia de la supervisión como parte de la práctica ética.

## ¿Por qué este curso?

- Este curso sobre trastornos médicos y mentales co-ocurrentes se incluye en la serie porque los trastornos co-ocurrentes son muy comunes y pueden presentar importantes desafíos a los proveedores de tratamiento.
- Vamos a destinar unos momentos para definir “trastornos co-ocurrentes”. Cuando decimos que una persona padece trastornos co-ocurrentes, queremos decir que esa persona ha sido diagnosticada con un trastorno por uso de sustancia (TUS) y también con al menos un trastorno mental o médico.
- Más de 750 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental diagnosticable. Como mencionamos anteriormente, se estimaba que más de 35.6 millones de personas entre las edades de 15 y 64 años, que habían usado drogas en el año 2018, padecían trastornos por uso de drogas<sup>4</sup>.
- Un informe de 2010 de la Comisión de Estupefacientes de la ONU subraya que las revisiones de la investigación han revelado sistemáticamente altas tasas de trastornos por uso de sustancias y de trastornos mentales co-ocurrentes en la población mundial: en general, las investigaciones han revelado que alrededor del 45% de las personas que padece un TUS padece también al menos un trastorno mental.
- Los trastornos mentales y por uso de sustancias co-ocurrentes presentan importantes desafíos para los/las terapeutas. A finales de la década de 1970, los/las profesionales habían comenzado a darse cuenta de que la presencia de TUS y trastornos mentales co-ocurrentes tenía efectos profundos y negativos en los resultados del tratamiento, tanto para el trastorno por uso de sustancias como para los trastornos mentales.
- Por otra parte, los/las pacientes con TUS y trastornos mentales co-ocurrentes suelen tener pocas relaciones y dichas relaciones tienden a ser menos adecuadas y a tener redes de apoyo social más débiles, así como también suelen presentar antecedentes de inestabilidad en cuanto a vivienda, empleo e ingresos.

4 <https://ourworldindata.org/mental-health>;

5 UNODC (2020) . World Drug Report 2020 . New York: United Nations

- El informe de la Comisión de Estupefacientes también abordó la alta prevalencia de trastornos médicos co-ocurrentes, señalando que el uso de drogas ilícitas es uno de los 20 principales factores de riesgo para la salud en todo el mundo<sup>6</sup>.
- Para hacer esto aún más complejo, es común que una persona usuaria sufra de trastornos médicos, trastornos mentales y trastornos por uso de sustancias co-ocurrentes.



## Salud Mental

- La Organización Mundial de la Salud define la salud mental no simplemente como la ausencia de un trastorno mental, sino también como bienestar mental:
- La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad<sup>7</sup>.
- Otras definiciones describen la salud mental como un estado psicológico de equilibrio, en el que una persona controla su pensamiento, sus impulsos y su comportamiento mientras cumple con las exigencias ordinarias de la vida cotidiana.
- Muchas poblaciones de todo el mundo también añadirían a esta definición la idea de salud y bienestar espiritual.
- De acuerdo con el DSM-5, un trastorno mental es “un síndrome que se caracteriza por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional, o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”<sup>8</sup>.

6 UNODC . (2010, February) . New challenges, strategies and programmes in demand reduction . Obtenido en marzo 16, 2017, de [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3\\_V1051349\\_E.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3_V1051349_E.pdf)

7 World Health Organization. (2014). What is mental health? Obtenido en marzo 16, 2017, de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

8 American Psychiatric Association . (2013) . Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed .,). Washington, DC: Author.

- En nuestra definición de trastorno mental, es importante tener presente que:
  - Diferentes comunidades podrían definir la salud mental de forma distinta.
  - Las diferentes comunidades también podrían considerar los trastornos mentales de formas distintas.
  - Por ejemplo:
    - Respuestas culturalmente sancionadas a un acontecimiento concreto (por ejemplo, los estados de trance en los rituales religiosos); o
    - Respuestas predecibles culturalmente definidas ante factores usuales de estrés, como la respuesta a la pérdida de un ser querido.
- Los trastornos por uso de sustancias ocurren cuando el consumo recurrente de alcohol y/o drogas provoca un deterioro clínico y funcionalmente significativo, como problemas de salud, discapacidad, y la imposibilidad de cumplir con las principales responsabilidades en el trabajo, escuela u hogar. Según el DSM-5, un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias se basa en la evidencia de un deterioro en el control, discapacidad social, uso riesgoso y criterios farmacológicos<sup>9</sup>.
- En el Curso 2, analizamos los TUS. Como recordarán, mencionamos que:
  - Abuso de sustancias se refiere al uso que provoca algunos problemas en la vida de las personas, pero que no está a un nivel de dependencia o adicción.
  - La dependencia fisiológica es un estado de adaptación a una determinada sustancia psicoactiva que se caracteriza por el surgimiento de un síndrome de abstinencia cuando se detiene el consumo, que podría aliviarse total o parcialmente ingiriendo más cantidad de la sustancia.
  - Adicción (algunas veces llamada dependencia psicológica) se define como una enfermedad cerebral crónica y recurrente que se caracteriza por una búsqueda y uso compulsivos de la droga, pese a las consecuencias perjudiciales, y por cravings o deseos intensos<sup>10 11</sup>.
- Es importante recordar que una persona podría ser fisiológicamente dependiente de una sustancia pero no padecer un trastorno por uso de sustancias. (Por ejemplo, una persona que debe tomar un medicamento opioide para el dolor severo se volverá fisiológicamente dependiente del medicamento, pero podría no experimentar cravings o deseos intensos de tomar el medicamento o usarlo de forma compulsiva).

9 <http://www.samhsa.gov/disorders/substance-use>. Obtenido en agosto 10, 2015

10 Merlo, L. J., Stone, A. M., & Gold, M. S. (2009). ASAM addiction terminology. In R. K. Ries, D. A. Fiellin, S. C. Miller, & R. Saitz (Eds.), Principles of addiction medicine (4th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

11 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2009). Principles of drug addiction treatment. Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health.





---

# Módulo 2

---

## HISTORIA DE LOS TRASTORNOS CO-OCURRENTES, LAS VULNERABILIDADES FRENTE A ELLOS, Y SUS IMPACTOS

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Contenido y Programa de Trabajo</i> .....                     | 59 |
| <i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje</i> ..... | 59 |
| <i>Diapositivas en PowerPoint</i> .....                          | 60 |
| <i>Páginas de Apoyo</i> .....                                    | 84 |
| <i>Resumen</i> .....                                             | 90 |



| Contenido y Programa de Trabajo                                                                         |                   |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| Actividad                                                                                               | Duración          | Persona Responsable |
| Introducción al Módulo 2                                                                                | 5 minutos         |                     |
| Presentación: Los trastornos co-ocurrentes — Historia e impacto                                         | 10 minutos        |                     |
| Presentación: Por qué los trastornos por uso de sustancias co-ocurren con otras enfermedades mentales   | 20 minutos        |                     |
| Ejercicio en grupos pequeños: Exploración de las vulnerabilidades frente a los trastornos co-ocurrentes | 60 minutos        |                     |
| <b>Almuerzo</b>                                                                                         | <b>60 minutos</b> |                     |

## Metas y Objetivos del Módulo 2

### Metas de la Capacitación

- Proporcionar una visión general de la relación entre los trastornos por uso de sustancias y los trastornos mentales;
- Describir el impacto de los trastornos co-ocurrentes (TCO);
- Describir la historia del tratamiento de los TCO; y
- Ayudar a los/las participantes a comprender las vulnerabilidades frente a la comorbilidad.

### Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 2 serán capaces de:

- Identificar desarrollos e iniciativas claves de la historia del tratamiento de los TCO;
- Describir por qué los trastornos por uso de sustancias (TUS) suelen co-ocurrir con otros trastornos mentales; y
- Analizar los factores que intervienen en las vulnerabilidades de las personas usuarias frente a los TCO.



## Objetivos de Aprendizaje del Módulo 2

- Identificar desarrollos e iniciativas claves de la historia del tratamiento de los TCO.
- Describir por qué los trastornos por uso de sustancias suelen co-ocurrir con otras enfermedades mentales; y
- Analizar los factores que intervienen en las vulnerabilidades de las personas usuarias frente a la comorbilidad.

2.2

- La terminología relacionada con los TCO es nueva tanto para los/las terapeutas de salud mental como para los de TUS.
- Otros términos utilizados para describir los TCO en los últimos 40 años:
  - Enfermedad mental que abusa de químicos (MICA por sus siglas en inglés).
  - Adicción a químicos y enfermedad mental (CAMI por sus siglas en inglés).
  - Trastorno dual.
  - Trastornos comórbidos.
  - Diagnóstico dual.

## 2.3

## Co-ocurrente

- Término que usan las comunidades médicas y psicológicas para describir la existencia de dos o más enfermedades en el mismo individuo, ya sea simultánea o secuencialmente.
- Todavía se usa ocasionalmente para describir cuando ocurre un trastorno mental con un TUS.
- Los términos más comúnmente utilizados en la actualidad son trastorno co-ocurrente, diagnóstico dual, comorbilidad.

2.4

## Trastorno Co-ocurrentes

- Cuando al menos un trastorno de cada tipo puede ser establecido en forma independiente del otro y no se trata simplemente de un conjunto de síntomas resultantes de [un único] trastorno.

2.5

## 2.6



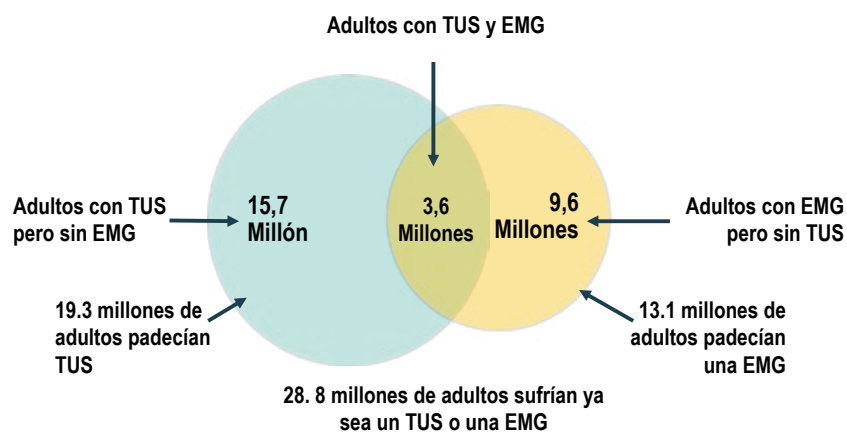
## Historia

- En la década de los años 70, los/las terapeutas de salud mental y de TUS reconocieron que la combinación de estos trastornos tenía graves impactos.
- Las primeras intervenciones se enfocaban en la depresión y los TUS.
- En los años 80 y 90, muchos trastornos mentales eran asociados con los TUS.
- La depresión y la ansiedad suelen producirse con los TUS.

Fuente: UNODC. (2010, February). New challenges, strategies and programmes in demand reduction. Vienna: Commission on Narcotic Drugs. Obtenido en marzo 16, 2017, de [http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3\\_V1051349\\_E.pdf](http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3_V1051349_E.pdf)

2.7

## Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) y Enfermedades Mentales Graves (EMG) en personas Adultas (a partir de 18 Años) en el Último Año: 2019



Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health

2.8



## 2.9

## Historia de los TCO

- Para el año 2000, tanto las organizaciones de salud mental como de TUS en los Estados Unidos estaban:
  - ▣ Emitiendo criterios para diagnósticos de TCO.
  - ▣ Iniciando entrenamiento cruzado entre ambos campos.
  - ▣ Coordinando iniciativas de investigación.

2.10

## Organización Mundial de la Salud

- En el año 2000, la OMS fusionó dos departamentos convirtiéndolos en uno solo, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, debido a que tenían muchos enfoques comunes.



Fuente: WHO. (2017). Management of substance use. Obtenido en marzo 16, 2017 de [http://www.who.int/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/substance_abuse/en/) (p. 10). Geneva: Author.

2.11

- Impacto de los TUS en los trastornos mentales:
- “Los trastornos por uso de sustancias también son condiciones comórbidas significativas que pueden alterar el curso de la enfermedad, su tratamiento y resultados...”
- “Los trastornos comórbidos por uso de sustancias o abuso de sustancias pueden aumentar dramáticamente el grado de morbilidad y de incapacidad funcional del individuo, y podrían influir en el tipo de atención proporcionado”.

2.12

## Definición del DSM-5 del Trastorno Mental

- Describe el trastorno mental como una alteración “clínicamente significativa” del estado cognitivo, la regulación emocional, o el comportamiento de un individuo que provoca:
  - Dificultad o deterioro en una o más áreas del funcionamiento.

2.13

## Definición del DSM-5 del Trastorno Mental (Cont.)

- Estos síndromes o patrones deben ser originalmente causados por una disfunción conductual, psicológica o biológica en el individuo.



2.14

- Las respuestas culturalmente sancionadas frente a un acontecimiento [p. ej. la muerte de un padre/madre o de un hijo(a)] NO se consideran trastornos mentales.
- Un comportamiento político, religioso o sexual socialmente divergente no se considera necesariamente como un trastorno mental.

2.15

## Sin Etiquetas

- Identificar a un individuo con un trastorno mental determinado en lugar de etiquetar a esa persona:
  - ▣ Una persona con esquizofrenia en lugar de “un(a) esquizofrénico(a)”.
  - ▣ Una persona con un trastorno por uso de heroína.
- Reconocer a cada persona en tratamiento como un individuo con características particulares a través del uso de un lenguaje centrado en la persona.

2.16

## Causalidad de los TCO

- Una alta prevalencia de co-ocurrencia entre los TUS y los trastornos mentales no significa que uno causó el otro.
- La causalidad o direccionalidad puede ser difícil de determinar por múltiples razones.

Fuente: U.S. Department of Health and Human Services. (2010). NIDA Research Report Series: Comorbidity (p. 3). NIH Publication Number 10-5771. Bethesda: Author.

2.17

■ Las drogas de abuso podrían:

- Fuente: US-DHHS. (2010). NIDA Research Report Series: Comorbidity (p. 3). NIH Publication Number 10-5771. Bethesda, MD: Author.

2.18

## Escenario 1 — Ejemplos

- La marihuana, particularmente en personas que la consumen de forma excesiva y en dosis altas, podría inducir psicosis en individuos vulnerables.
- Una revisión de estudios sobre el uso recreativo crónico de la MDMA mostró que el uso repetido de éxtasis se asocia con trastornos del sueño, del estado de ánimo y de ansiedad, alta impulsividad, déficits de memoria y problemas de atención que podrían persistir hasta dos años después del cese.

Fuentes: United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2010, February). New challenges, strategies and programmes in demand reduction. Vienna: Commission on Narcotic Drugs. Obtenido en febrero 25, 2011, de [http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-53-RelatedFiles/ECN72010\\_CRP3eV1051349.pdf](http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-53-RelatedFiles/ECN72010_CRP3eV1051349.pdf)  
Maxwell, JC (2015) .Implications of Research for Treatment : Ecstasy . The Centre For Excellence in Drug Epidemiology .Gulf Coast Addiction Technology Transfer Centre.

2.19

## Causalidad — Escenario 2

- Un trastorno mental podría llevar a un TUS:
  - ▣ Drogas utilizadas como medio de automedicación para formas “moderadas” de enfermedad mental.
  - ▣ El uso de productos del tabaco en la esquizofrenia reduce los síntomas y mejora la cognición.
  - ▣ Un trastorno mental puede reducir la capacidad de controlar los impulsos.

Fuente: US-DHHS. (2010). NIDA Research Report Series: Comorbidity (p. 3). NIH Publication Number 10-5771. Bethesda, MD: Author.

2.20



## 2.21

## Causalidad — Escenario 3 (Cont.)

- Los dos trastornos son causados por factores que se superponen:
  - ▣ Exposición temprana a estrés o a traumas o a tipos de influencias ambientales similares como el abuso físico o sexual y/o la desintegración de la familia.
  - Hasta un 75 por ciento de los individuos que sufren de trastorno límite de la personalidad han sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia.

Fuente: Cailhol L, Gicquel L, Raynaud J-P. Borderline personality disorder. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.

2.22

## Causalidad — Escenario 4

- Tanto el TUS como el trastorno mental comienzan casi al mismo tiempo.
- Ninguno es causado por el otro.
  - ▣ Muchos trastornos mentales usualmente se activan en la adolescencia tardía/edad adulta temprana.
  - ▣ También es la época en que muchas personas empiezan a consumir o a aumentar su uso de sustancias.

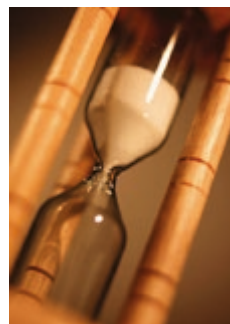
2.23

- La vulnerabilidad a los trastornos mentales y al TUS se ve aumentada por los importantes cambios en el cerebro durante la adolescencia.
- Los TUS afectan los circuitos cerebrales que involucran:
  - El aprendizaje y la memoria.
  - La recompensa.
  - La toma de decisiones.
  - El desarrollo emocional.
  - El control del comportamiento.

2.24

## Impacto a Largo Plazo de la Exposición Temprana a las Drogas

- La investigación sobre la comorbilidad muestra que:
  - ▣ El uso de sustancias a temprana edad es un factor de riesgo para trastornos por uso de sustancias posteriores.
  - ▣ El uso de sustancias a temprana edad también podría ser un factor de riesgo para la posterior ocurrencia de otros trastornos mentales.



2.25

## Impacto a largo plazo de la Exposición Temprana a las Drogas (Cont.)

- El vínculo entre el impacto a largo plazo de la exposición temprana a las drogas y el desarrollo de un TUS y/o de un trastorno mental es complejo, pero podría depender de:
  - ▣ Vulnerabilidad genética.
  - ▣ Experiencias psicológicas.
  - ▣ Influencias ambientales generales.

Fuente: Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., et al. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene x environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57(10), 1117–1127.

2.26

- Los trastornos conductuales y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) no tratados podrían incrementar el riesgo de uso de sustancias en el futuro.



2.27

## Los TCO en Adolescentes

- Independientemente de cómo se desarrollen los TCO, los programas de tratamiento de los TUS para adolescentes debieran incluir:
  - ▣ Detección de trastornos mentales.
  - ▣ Tratamiento de trastornos mentales, según se requiera.

2.28

## Investigación Actual de los TCO

- Búsqueda de genes que predisponen a los individuos a:
  - ▣ Desarrollar una adicción y otros trastornos mentales.
  - ▣ Presentar un riesgo mayor de un segundo trastorno una vez que existe el primero.
- Se estima que el cincuenta por ciento de la vulnerabilidad a la adicción se puede atribuir a la genética.

Fuente: US-DHHS. (2010). *NIDA Research Report Series: Comorbidity*. NIH Publication Number 10-5771. Bethesda, MD: Author.

2.29

- Los genes pueden interactuar para crear vulnerabilidades a los TUS y a los trastornos mentales de una manera DIRECTA.
- Entre los ejemplos se incluye cuando un gen proteína influye en:
  - Cómo responde una persona a una sustancia psicoactiva (con o sin placer).
  - El tiempo que una sustancia psicoactiva permanece en el organismo (velocidad de metabolismo y excreción).
- Los genes también pueden crear vulnerabilidades a los TUS/trastornos mentales INDIRECTAMENTE.
- Entre los ejemplos se incluye cuando un gen:
  - Modifica la forma en que un individuo responde al estrés
  - Aumenta la probabilidad de un comportamiento dispuesto a asumir riesgos.

2.30

## Impactos en el Cerebro

- Los circuitos cerebrales que utilizan el neurotransmisor dopamina se ven afectados por sustancias adictivas y podrían estar involucrados en:

- ▣ La depresión.
- ▣ La esquizofrenia.
- ▣ Otros trastornos psiquiátricos



2.31

## Otros Efectos en el Cerebro

- Los circuitos cerebrales que utilizan el neurotransmisor dopamina, se ven afectados directa e indirectamente por una serie de factores que pueden aumentar la vulnerabilidad a los TUS:
- ▣ Algunos antidepresivos y los antipsicóticos apuntan directamente a la regulación de la dopamina.
- ▣ Las vías de la dopamina influyen en el modo en que el estrés aumenta la vulnerabilidad a la adicción a las drogas.
- ▣ El estrés es un factor de riesgo ambiental tanto para los trastornos por uso de sustancias como para los trastornos mentales

2.32



El abuso de sustancias que precede a los síntomas de la enfermedad mental podría producir cambios en la estructura y la función del cerebro que desencadenan una tendencia subyacente a desarrollar ese trastorno mental.

## Impacto de los Trastornos Mentales en el Cerebro

- Los trastornos mentales podrían cambiar la actividad cerebral, incrementando la vulnerabilidad a los TUS debido a que:
  - Aumentan sus efectos positivos.
  - Reducen la conciencia de sus efectos negativos.
  - Alivian los efectos molestos asociados con el trastorno mental o con el medicamento utilizado para tratarlo.

2.34

## Ejercicio en grupos pequeños: Exploración de las vulnerabilidades frente a los Trastornos Co-ocurrentes

- Leer la Página de Apoyo asignada a sus grupos.
- 10 minutos para discutir en grupos pequeños la forma en que esto podría afectar su trabajo en sus programas.
- 15 minutos para desarrollar una presentación de 5 minutos destacando los puntos en el papelógrafo.

2.35



## 2.36

## **Página de Apoyo 2.1:**

### ***Fumar y la Esquizofrenia — ¿Automedicación o Circuito Cerebral Compartido?*<sup>1</sup>**

Según los datos de una encuesta representativa a nivel nacional de 2016, el 30.5 por ciento de los encuestados(as) con una enfermedad mental fumó cigarrillos en el último mes, lo que representa una tasa aproximadamente 66% más alta que la tasa entre personas que no tienen una enfermedad mental. Existe una fuerte asociación entre las enfermedades mentales, especialmente la depresión y la esquizofrenia, y el consumo de productos del tabaco. Las personas con esquizofrenia tienen la mayor prevalencia de tabaquismo (entre el 70% y el 80%) — con tasas hasta 5 veces superiores a las de la población general.

Fumar podría disminuir los síntomas de estas enfermedades, como la mala concentración, el desánimo y el estrés, o ayudar a las personas a afrontarlos. Este alivio de los síntomas podría explicar por qué las personas con enfermedades mentales son menos propensas a dejar de fumar en comparación con la población general. Desafortunadamente, las altas tasas de tabaquismo y la dificultad para dejar de fumar entre las personas con esquizofrenia podrían contribuir a su mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares y una menor esperanza de vida.

### ***Investigación sobre la Esquizofrenia y la Nicotina***

La investigación sobre cómo la nicotina y la esquizofrenia afectan al cerebro ha generado otras posibles explicaciones para el alto índice de tabaquismo entre las personas con esquizofrenia. La presencia de anomalías en determinados circuitos del cerebro podría predisponer a los individuos a la esquizofrenia y aumentar los efectos gratificantes de drogas como la nicotina, y/o reducir la capacidad del individuo para dejar de fumar. Estos mecanismos son consistentes con la observación que tanto la nicotina como la clozapina (fármaco antipsicótico), que también actúa sobre los receptores nicotínicos de acetilcolina, entre otros, son efectivos para tratar a personas con esquizofrenia, y pueden servir como sustitutos de la nicotina obtenida a través del consumo de cigarrillos, facilitando así el dejar de fumar.

El córtex cingulado anterior dorsal (dACC por sus siglas en inglés) interviene en la toma de decisiones y la planificación, en centrar la atención y en controlar los impulsos y las emociones. Los investigadores(as) han descubierto que las conexiones entre esta región y otras áreas del cerebro — incluyendo algunas relacionadas con la memoria, la emoción y la recompensa — son más débiles entre personas con esquizofrenia en comparación con las personas que no padecen el trastorno. Este circuito estaba deteriorado entre las personas con esquizofrenia independientemente de si fumaban o no, así como entre los familiares cercanos de personas con esquizofrenia. Varios de estos circuitos neuronales también estaban menos activos entre individuos con un trastorno severo de consumo de nicotina, lo que sugiere que este circuito cerebral está dañado tanto en la esquizofrenia como en la dependencia de la nicotina.

Los investigadores(as) están trabajando para desarrollar medicamentos que estimulen estos receptores específicos, que pueden contrarrestar los deterioros cognitivos asociados a la esquizofrenia sin el potencial adictivo de la nicotina ni las consecuencias negativas para la salud del tabaquismo. Comprender cómo y por qué las personas con esquizofrenia usan la nicotina podría ayudar a informar el desarrollo de nuevos tratamientos tanto para la esquizofrenia como para la dependencia de la nicotina.

<sup>1</sup> Fuente: Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report Revised April 2020.  
<https://www.drugabuse.gov>, <https://www.samhsa.gov/data/data-we-collect/nsduh-national-survey-drug-use-and-health>

Aunque hay una gran necesidad de nuevos tratamientos tanto para la esquizofrenia como para la dependencia de la nicotina, las personas con estos trastornos comórbidos pueden dejar de fumar sin empeorar su salud mental cuando cuentan con el apoyo adecuado. Por ejemplo, el bupropión aumenta las tasas de abstinencia de fumar en personas con esquizofrenia, sin que se produzca un empeoramiento aparente de los síntomas psicóticos. Añadir incentivos motivacionales a la medicación con bupropión (recompensar a las personas en tratamiento por la abstinencia biológicamente comprobada) podría ayudar a prevenir la recaída durante la fase inicial de dejar de fumar. La vareniclina también podría mejorar las tasas de cesación tabáquica en personas con esquizofrenia, pero esta medicación podría empeorar los síntomas psiquiátricos y requiere investigaciones adicionales.

## **Página de Apoyo 2.2:**

### ***Niñez con TDAH y Problemas de Drogas Posteriores<sup>2</sup>***

---

Numerosos estudios han documentado un mayor riesgo de trastornos por uso de sustancias en jóvenes con TDAH no tratado, aunque algunos estudios sugieren que sólo aquellos con trastornos conductuales comórbidos presentan mayores probabilidades de desarrollar posteriormente un trastorno por uso de sustancias. Teniendo en cuenta esta relación, es importante determinar si un tratamiento efectivo del TDAH podría prevenir el posterior consumo de drogas y la adicción. El tratamiento del TDAH infantil con medicamentos estimulantes, como el metilfenidato o la anfetamina, reduce el comportamiento impulsivo, la inquietud y los problemas de concentración que caracterizan al TDAH.

Ese riesgo supone un desafío en el momento de tratar a los niños/niñas con TDAH, ya que un tratamiento efectivo suele implicar la prescripción de medicamentos estimulantes con potencial adictivo. Aunque la investigación aún no es concluyente, muchos estudios sugieren que los medicamentos para el TDAH no aumentan el riesgo de trastorno por uso de sustancias entre los niños/niñas con esta afección. Es importante combinar la medicación de estimulantes para el TDAH con educación e intervenciones conductuales apropiadas para la familia y el niño/niña, incluyendo orientación sobre la naturaleza crónica del TDAH y el riesgo de trastorno por uso de sustancias.

Los medicamentos estimulantes utilizados para tratar el TDAH son:

- Adderal ® (dextroanfetamina); y
- Ritalin ® (metilfenidato.)
- Concerta ® (metilfenidato.)

---

<sup>2</sup> Fuente: National Institute on Drug Abuse. Research Report Revised April 2020. Common Comorbidities with Substance Use Disorders Research Report. Part 1: The Connection Between Substance Use Disorders and Mental Illness <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/common-comorbidities-substance-use-disorders/whytthere-comorbidity-between-substance-use-disorders-mental-illnesses>

## Página de Apoyo 2.3:

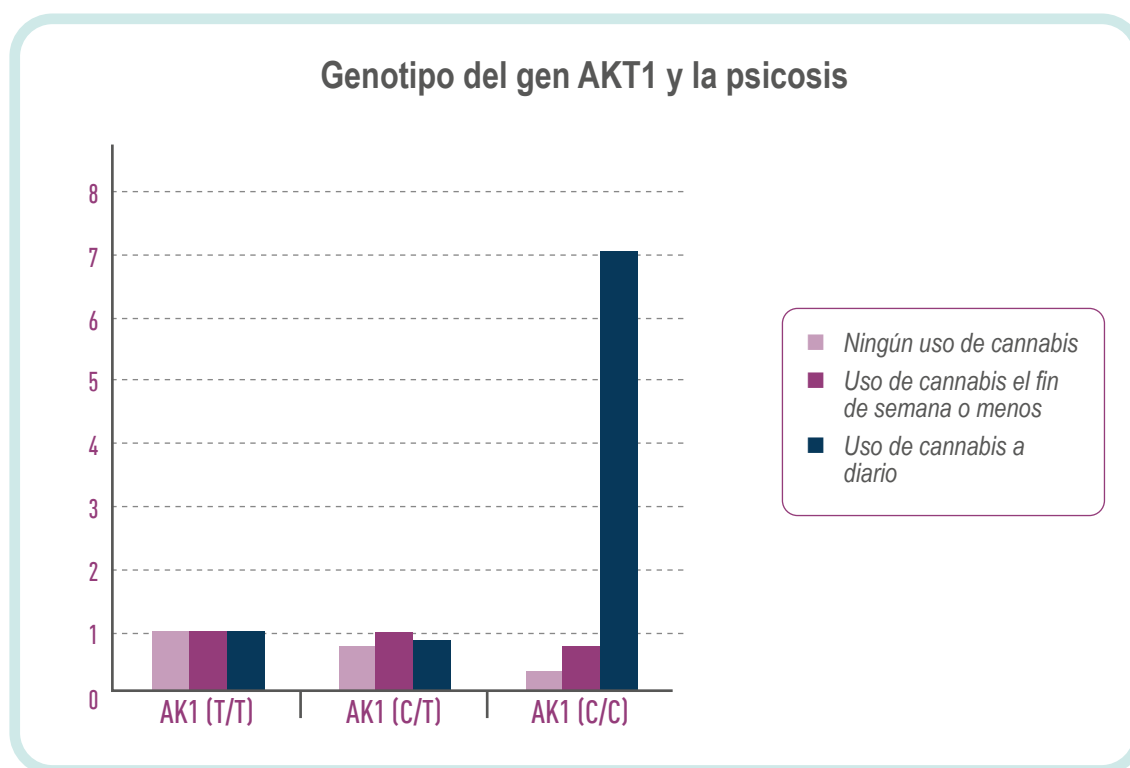
### La Influencia del Uso de Marihuana durante la Adolescencia en la Psicosis Adulta está relacionada con Variables Genéticas<sup>3</sup>

La interrogante sobre si el uso de marihuana en la adolescencia podría contribuir al desarrollo de una psicosis más adelante en la vida adulta parece depender de si una persona ya posee una vulnerabilidad genética al trastorno. El gen Catecol-O-metiltransferasa (COMT) es una enzima que descompone neurotransmisores como la dopamina y la norepinefrina, una sustancia química cerebral involucrada en la esquizofrenia.

Se presenta en dos formas: “Met” y “Val”. Las personas con una o dos copias de la variante Val tienen un mayor riesgo de desarrollar trastornos de tipo esquizofrénico si consumieron cannabis durante la adolescencia (barras oscuras). Aquellos que solo tenían la variante Met, no fueron afectados por el uso de cannabis.

También se ha demostrado que el consumo de marihuana empeora el curso de la enfermedad en personas usuarias que ya padecen esquizofrenia. Como se mencionó anteriormente, la marihuana puede generar una reacción psicótica aguda en personas que no sufren de esquizofrenia que consumen marihuana, especialmente en dosis altas, si bien esto disminuye a medida que la droga se elimina del organismo.

El siguiente gráfico ilustra los efectos de las variantes genéticas Met y Val en un tipo de trastorno psicótico, el trastorno esquizofreniforme.



<sup>3</sup> <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/marijuana/there-link-between-marijuana-use-psychiatricdisorders>,  
<https://www.nationalelfservice.net/mental-health/psychosis/adolescent-cannabis-use-increases-risk-of-an-adultpsychotic-diagnosis/>

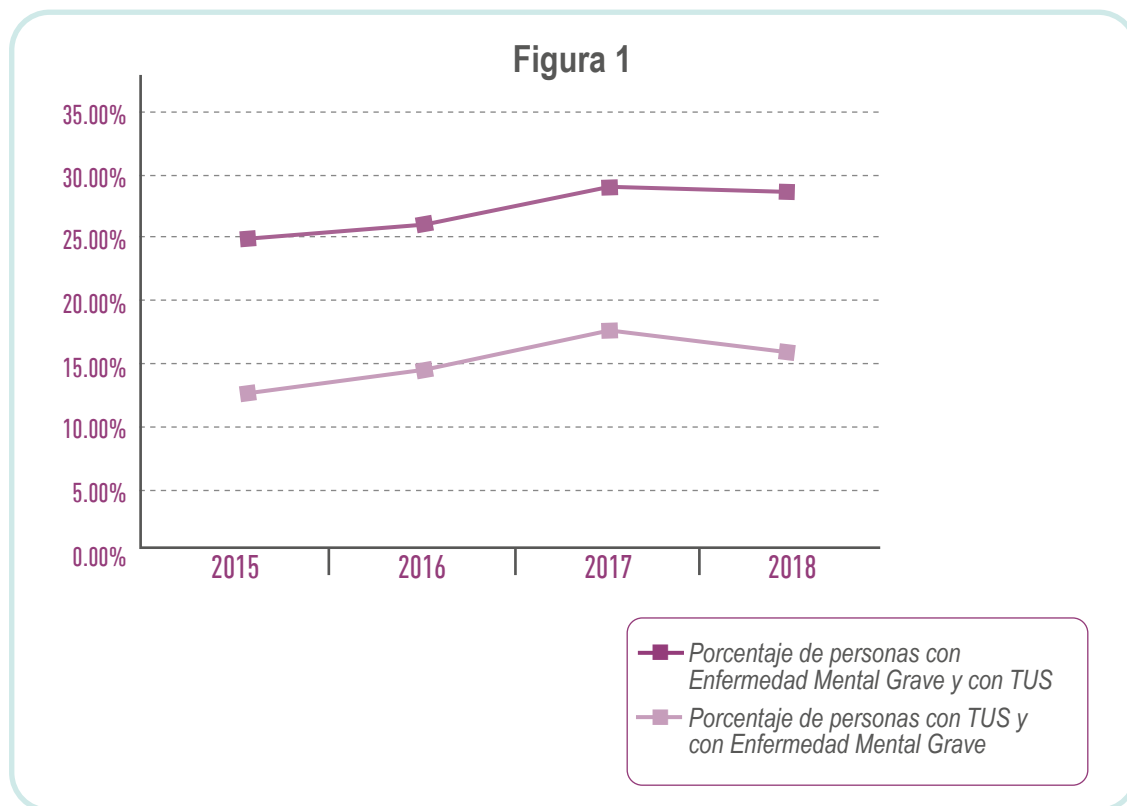
## Página de Apoyo 2.4:

### Condiciones Superpuestas — Vulnerabilidad Compartida

Muchas personas que desarrollan trastornos por uso de sustancias (TUS) también son diagnosticadas con trastornos mentales, y viceversa. Múltiples encuestas nacionales de población han revelado que aproximadamente la mitad de las personas que padecen una enfermedad mental a lo largo de sus vidas también experimentarán un trastorno por uso de sustancias y viceversa.

Las cifras muestran altas tasas de trastornos por uso de sustancias y trastornos de ansiedad comórbidos — que incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y el trastorno de estrés postraumático. Los trastornos por uso de sustancias también co-ocurren en una alta prevalencia con trastornos mentales, como la depresión y el trastorno bipolar, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), las enfermedades psicóticas, el trastorno de la personalidad límite y el trastorno de la personalidad antisocial. Las personas con esquizofrenia presentan mayores tasas que la población general de trastornos por consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Como muestra la figura 1, la superposición es especialmente pronunciada en el caso de las enfermedades mentales graves (SMI por sus siglas en inglés). Las enfermedades mentales graves incluyen la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, así como otros trastornos mentales que causan un deterioro severo que interfiere sustancialmente o limita una o más actividades vitales importantes.



Fuente: SAMHSA, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Survey on Drug Use and Health, Mental Health, Detailed Tables available at: <https://www.samhsa.gov/data/population-data-nsduh>



Los datos de una amplia muestra representativa a nivel nacional sugieren que las personas con trastornos mentales de la personalidad y con trastornos por uso de sustancias corren un mayor riesgo de usar opioides prescritos por motivos no médicos. Las investigaciones indican que el 43% de las personas en tratamiento de TUS por uso no médico de analgésicos prescritos tiene un diagnóstico o síntomas de trastornos de la salud mental, en particular depresión y ansiedad.

### **Trastornos Mentales y Tabaquismo**

El consumo de tabaco está fuertemente asociado a una serie de trastornos psiquiátricos. Los fumadores(as) tienen mayores probabilidades que los no fumadores(as) de clasificar dentro de los criterios actuales de las afecciones de salud mental, como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y la psicosis.

Las evidencias también sugieren que los fumadores(as) con trastornos psiquiátricos podrían tener más dificultades para dejar de fumar, ofreciendo al menos una explicación parcial de por qué las tasas de tabaquismo son más altas en esta población. Los mecanismos que vinculan las condiciones de salud mental y el consumo de cigarrillos son complejos y probablemente difieren en cada uno de los distintos trastornos.

La opinión más generalizada es que las personas usuarias con problemas de salud mental fuman en un esfuerzo por regular los síntomas asociados a su trastorno. Sin embargo, algunas pruebas recientes sugieren que dejar de fumar puede en realidad mejorar los síntomas de salud mental.

---

Fuente: Amedeo Minichino et al. Smoking Behaviour and Mental Health Disorders—Mutual Influences and Implications for Therapy Int. J. Environ. Res. Public Health 2013, 10(10), 4790–4811; <https://doi.org/10.3390/ijerph10104790>  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3823321/>

## Módulo 2 — Historia de los Trastornos Co-ocurrentes, las Vulnerabilidades frente a ellos, y sus Impactos, Resumen.

- La terminología relacionada con los TCO es relativamente nueva tanto para los/las terapeutas de salud mental como para los de TUS.
- En los últimos 40 años, a medida que los/las profesionales comenzaban a entender que los problemas de salud mental y de uso de sustancias se superponían en muchas personas en tratamiento, se han utilizado muchos términos para referirse a los TCO. Puede que hayan oído estos términos:
- Los términos “enfermedad mental que abusa de químicos, o MICA por sus siglas en inglés; y “adicción a químicos y enfermedad mental, o CAMI por sus siglas en inglés. Estos términos ya no son de uso general.
- Hay dos términos que de alguna manera han permanecido en el tiempo: “trastornos duales” y “trastornos comórbidos”.
- “Trastorno dual” era un término que se utilizaba para referirse a un individuo que había sido diagnosticado con un trastorno mental y un TUS. Sin embargo, este término excluía a un individuo que tuviera más de un TUS o más de un trastorno mental, y hoy en día prácticamente no se usa.
- Comorbilidad es un término que aún se utiliza en las comunidades médicas y de psicología para describir la existencia de dos o más enfermedades en la misma persona, de forma simultánea o secuencial. La comorbilidad también implica interacciones entre la enfermedad, que afectan el curso y la prognosis de ambas. Continúa siendo el término más utilizado cuando co-ocurre un trastorno médico con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno mental, pero aún se utiliza ocasionalmente para describir cuando un trastorno mental co-ocurre con un TUS.
- Los términos más comúnmente utilizados en la actualidad son trastorno co-ocurrente, diagnóstico dual, comorbilidad.
- Los trastornos co-ocurrentes se producen cuando al menos un trastorno de cada tipo puede ser establecido en forma independiente del otro y no se trata simplemente de un conjunto de síntomas resultantes de un [único] trastorno.
- Un(a) terapeuta debe ser cuidadoso(a) en cuanto a que lo que está observando no sea simplemente un conjunto de síntomas que resultan de un solo tipo de trastorno, como el pensamiento paranoico que resulta de la dependencia de metanfetaminas. Muchos síntomas como éste desaparecerán cuando la persona detenga el uso de la sustancia. Solamente cuando los síntomas no desaparecen y la persona cumple con los criterios de diagnóstico de un trastorno mental adicionalmente a un TUS se puede considerar que esta persona padece un TCO.
- Para los propósitos de este manual, un TCO se refiere a un trastorno por uso de sustancia y trastornos mentales co-ocurrentes.
- El conocimiento sobre los TCO ha evolucionado con el tiempo y continúa haciéndolo.
- A fines de los años 70, tanto los/las terapeutas de salud mental como de TUS comenzaron a darse cuenta de que la presencia de los TUS en combinación con trastornos mentales tenía profundas y perturbadoras implicaciones para los resultados del tratamiento.

- Las primeras intervenciones se enfocaron en la depresión y los TUS. Aunque la asociación entre la depresión y los TUS fue objeto de varios estudios iniciales, no fue hasta las décadas de los 80 y 90 que tanto las comunidades de salud mental como de los TUS empezaron a entender que muchos trastornos mentales, y no solamente la depresión, estaban asociados a los TUS.
- No obstante, la depresión y ansiedad continúan siendo los trastornos mentales co-ocurrentes más comunes con los TUS<sup>6</sup>.
- Entre las personas adultas de 18 años o más en el 2019, 11.5 por ciento (o 28.8 millones de personas) había padecido ya fuera una Enfermedad Mental Grave (EMG) o un TUS en el último año; 3.8 por ciento (o 9.6 millones de personas) sufrían una EMG pero no un TUS, 6.3 por ciento (o 15.7 millones de personas) tenían un TUS pero no una EMG, y un 1.4 por ciento (o 3.6 millones de personas) padecían tanto una EMG como un TUS. Entre las personas adultas de 18 años o más, el porcentaje con una EMG y un TUS aumentó desde un 1.0 por ciento (o 2.3 millones de personas) en el 2015 a un 1.4 por ciento (o 3.6 millones de personas) en el 2019<sup>7</sup>.
- El género es un factor en los patrones específicos de la co-ocurrencia. Por ejemplo:
  - Las tasas generales de abuso de sustancias tienden a ser mayores entre los hombres que entre las mujeres;
  - Los hombres presentan mayores probabilidades de sufrir un trastorno de la personalidad antisocial; y
  - Las mujeres presentan tasas de diagnóstico de trastornos de estados de ánimo y de trastornos de ansiedad más altas que los hombres<sup>8</sup>.
- Para el año 2000, algunas organizaciones de salud mental y de TUS estaban comenzando a:
  - Emitir criterios para el diagnóstico de TCO;
  - Iniciar entrenamiento cruzado entre ambos campos; y
  - Coordinar iniciativas de investigación.
- Hacia el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) también había reconocido este vínculo. Fusionó sus departamentos de salud mental y de uso de sustancias independientes en un Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, en reconocimiento de los muchos enfoques comunes utilizados en cada campo.
- La OMS ha continuado describiendo el uso de sustancias como:
  - Un importante problema de salud mental;
  - Un factor significativo que contribuye a las enfermedades en todo el mundo; y
  - Una de las principales causas de trastornos mentales, accidentes y lesiones<sup>9</sup>.

6 UNODC. (2010, February). New challenges, strategies and programmes in demand reduction. Vienna: Commission on Narcotic Drugs. Obtenido en marzo 16, 2017, de [http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3\\_V1051349\\_E.pdf](http://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_53/CRPs/E-CN7-2010-CRP3_V1051349_E.pdf)

7 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health

8 WHO (2017) WHO | Gender and women's mental health. Obtenido en marzo 22, 2017 en [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/)

9 WHO (2017) Management of substance use. Obtenido en marzo 16, 2017 en [http://www.who.int/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/substance_abuse/en/) (p. 10). Geneva: Author.

- De hecho, la OMS ha señalado claramente su preocupación por el impacto de los TUS en los trastornos mentales:
  - Los trastornos por uso de sustancias también son condiciones comórbidas significativas que pueden alterar el curso de la enfermedad, su tratamiento y resultados... Los trastornos comórbidos por uso de sustancias o abuso de sustancias pueden aumentar dramáticamente el grado de morbilidad y de incapacidad funcional del individuo, y podrían influir en el tipo de atención proporcionado<sup>10</sup>.
- El DSM-5 describe un trastorno mental como una alteración “clínicamente significativa” del estado cognitivo, la regulación emocional, o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Provoca una dificultad o deterioro en una o más áreas del funcionamiento.
- El DSM-5 amplía esta definición estableciendo que estos síndromes o patrones deben haber sido originalmente causados por una disfunción conductual, psicológica o biológica en el individuo.
- Es importante señalar que una respuesta culturalmente sancionada a un acontecimiento como la muerte de un padre/madre o de un hijo(a) no se considera un trastorno mental.
- Por otra parte, un comportamiento político, religioso o sexual socialmente divergente no se considera necesariamente como un trastorno mental. Este tipo de comportamiento y otros conflictos que son principalmente entre un individuo y la sociedad se consideran trastornos mentales sólo cuando el comportamiento es claramente un síntoma de un síndrome causado por una disfunción conductual, psicológica o biológica.
- En ese sentido, grupos de defensa de consumidores(as) han expresado su preocupación por el lenguaje utilizado para analizar o describir a personas con trastornos mentales. Muchos grupos se oponen a la terminología que pareciera encasillar a las personas poniéndoles una etiqueta que les sigue durante toda la vida y que no define plenamente sus identidades. Por ejemplo, una persona con TCO también puede ser:
  - Una madre;
  - Un carpintero(a);
  - Una persona con diabetes.
- En consecuencia, es importante referirse a un individuo como una persona que tiene un trastorno específico en lugar de etiquetarlo. Por consiguiente, debemos decir:
  - “Él tiene esquizofrenia” en lugar de decir “Él es un esquizofrénico”; o
  - “Ella tiene una adicción a la heroína” en lugar de decir “ella es una adicta a la heroína”
- Este lenguaje centrado en la persona es más aceptable para muchas personas en tratamiento ya que reconoce que ellos/ellas poseen muchas características, incluyendo características saludables y protectoras, además de una enfermedad estigmatizada. Utilizar este lenguaje significa que las personas no se definen simplemente por su enfermedad. En toda esta serie de capacitaciones practicaremos este lenguaje centrado en la persona.

10 WHO (2003) Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions (p. 10) Geneva: Author.

## Por qué los trastornos por uso de sustancias co-ocurren con otras enfermedades mentales

- La alta prevalencia de comorbilidad entre los TUS y los trastornos mentales no significa que uno causó el otro, incluso si uno surgió primero. De hecho, establecer lo que se llama causalidad (¿un trastorno causó el otro?) o direccionalidad (¿de ser así, qué trastorno causó el otro?) es difícil por varias razones.
- El diagnóstico de un trastorno mental podría no producirse hasta que los síntomas hayan progresado a un nivel específico (según lo definido en el DSM-5) <sup>11</sup>. Sin embargo, los síntomas que no han alcanzado ese nivel de problema podrían aun así impulsar el uso de drogas.
- Por otra parte, la rememoración imperfecta de cuándo comenzó el uso o el abuso de sustancias también puede crear confusión en relación a si fue el trastorno mental o el TUS el que apareció primero.
- No obstante, hay cuatro escenarios que merecen ser considerados. Los cuatro probablemente contribuyen, en distintos grados, a la manifestación de las co-ocurrencias específicas, y a cómo se manifiestan.
- El primero de estos escenarios se refiere a cuando las drogas de abuso:
  - Causan síntomas psiquiátricos o deterioro cognitivo; o
  - Facilitan la expresión completa de un trastorno mental latente en un individuo vulnerable.
- “Trastorno latente” se utiliza aquí para describir el potencial biológico o la vulnerabilidad a un trastorno mental que una persona podría desarrollar pero cuyos síntomas todavía no experimenta <sup>12</sup>.
- Por ejemplo, la investigación señala que:
  - La marihuana, particularmente en personas que la consumen de forma excesiva y en dosis altas, podría inducir psicosis en individuos vulnerables <sup>13</sup>; y
  - Una revisión de estudios sobre el uso recreativo crónico de la MDMA mostró que el uso repetido de éxtasis se asocia con trastornos del sueño, del estado de ánimo y de ansiedad, alta impulsividad, déficits de memoria y problemas de atención que podrían persistir hasta dos años después del cese <sup>14</sup>.
- El segundo escenario plantea que los trastornos mentales también pueden conducir a TUS. Las personas con trastornos manifiestos leves o incluso con trastornos mentales que no alcanzan el nivel de problema definido clínicamente por el DSM podrían abusar de las drogas como una forma de automedicación. Por ejemplo, se cree que el uso de productos del tabaco en personas con esquizofrenia disminuye los síntomas de la enfermedad y mejora el estado cognitivo <sup>15</sup>. Además, el trastorno mental de una persona podría disminuir su capacidad de controlar los impulsos, lo que lleva a un uso de sustancias cada vez más descontrolado.

11 U.S. Department of Health and Human Services. (2010). NIDA Research Report Series: Comorbidity (p. 3). NIH Publication Number 10-5771. Bethesda: Author.

12 US-DHHS. (2010). NIDA Research Report Series: Comorbidity. NIH Publication Number 10-5771. Bethesda, MD: Author.

13 NIDA (2017). Marijuana. Is there a link between marijuana use and psychiatric disorders? Extraído en Marzo 25 de 2017 de <https://www.drugabuse.gov/publications/marijuana/there-link-between-marijuana-use-psychiatric-disordersf>

14 (Maxwell, JC (2015) .Implications of Research for Treatment : Ecstasy . The Centre for Excellence in Drug Epidemiology. Gulf Coast Addiction Technology Transfer Centre)

15 U.S. Department of Health and Human Services. (2010). NIDA Research Report Series: Comorbidity. NIH Publication Number 10-5771. Bethesda: Author

- El tercer escenario es cuando tanto los TUS como los trastornos mentales son causados por factores que se superponen; tales como:
  - Déficits o lesiones cerebrales subyacentes, incluyendo la exposición a drogas en el período prenatal, o a pinturas con plomo u otras toxinas químicas durante el crecimiento; y
  - Vulnerabilidades genéticas, como ha quedado demostrado a través de individuos con trastornos bipolares que a menudo presentan amplios antecedentes familiares de ese trastorno, especialmente en padres/madres o hermanos(as)<sup>16</sup>.
- El abandono y las experiencias adversas en la infancia son factores de riesgo. Por ejemplo: la exposición temprana a estrés o a traumas, como por ejemplo abuso físico o sexual, terrorismo o guerra, o la desintegración familiar. Los traumas infantiles reiterados parecen ser un elemento frecuente en individuos que padecen trastorno límite de la personalidad y entre personas con TEPT. El abandono es una condición crónica que en algunos casos puede ser incluso más problemática que los episodios de trauma.
- Por último, un TUS y un trastorno mental pueden comenzar más o menos al mismo tiempo, pero sin que uno sea causado por el otro. Por ejemplo, muchos trastornos mentales usualmente se activan en la adolescencia tardía/edad adulta temprana. También es la época en que muchas personas empiezan a consumir o a aumentar su uso de sustancias. Sin embargo, lo más frecuente es que los trastornos por uso de sustancias y los trastornos mentales compartan vulnerabilidades que se superponen, como en el tercer escenario.
- Por tanto, no es de extrañar que ya se puedan observar casos de TCO entre los/las jóvenes. Durante la adolescencia se producen importantes cambios en el cerebro, lo que puede aumentar la vulnerabilidad a los TUS y a otros trastornos mentales. Las sustancias de abuso afectan los circuitos cerebrales implicados en:
  - El aprendizaje y la memoria;
  - La recompensa;
  - La toma de decisiones;
  - El desarrollo emocional; y
  - El control del comportamiento.
- Estos circuitos cerebrales aún están madurando en los primeros años de la edad adulta.
- Por consiguiente, comprender el impacto a largo plazo de una exposición temprana a las drogas es un área crítica de la investigación. Ha surgido evidencia contundente que demuestra que el uso de sustancias a temprana edad es un factor de riesgo para problemas posteriores por uso de sustancias. Hallazgos adicionales sugieren que también podría ser un factor de riesgo para la posterior ocurrencia de otros trastornos mentales.
- Sin embargo, el vínculo entre el impacto a largo plazo de la exposición temprana a las drogas y el desarrollo de un TUS y/o de un trastorno mental es complejo, pero podría depender de:
  - Vulnerabilidad genética;

---

16 U.S. Department of Health and Human Services. (2010). NIDA Research Report Series: Comorbidity (p. 3). NIH Publication Number 10-5771. Bethesda: Author.

- Experiencias psicológicas; y/o
- Influencias ambientales generales<sup>17</sup>.
- También es cierto que el hecho de padecer un trastorno mental en la infancia o en la adolescencia puede aumentar el riesgo de padecer posteriormente problemas de uso de sustancias, como ocurre frecuentemente con el trastorno conductual y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) no tratado<sup>18</sup>.
- Independientemente de cómo se desarrollen los TCO, son comunes tanto en los/ las jóvenes como en los adultos(as). Dada la alta prevalencia de los TCO y su probable impacto adverso en los resultados del tratamiento de los TUS, los programas de tratamiento de los TUS para adolescentes deberían incluir la detección y, de ser necesario, el tratamiento de los trastornos mentales co-ocurrentes.
- Un área particularmente activa de la investigación sobre los TCO se relaciona con la búsqueda de genes que podrían predisponer a los individuos a:
  - Desarrollar una adicción y otros trastornos mentales; o
  - Presentar un riesgo mayor de un segundo trastorno una vez que existe el primero.
- Se estima que el cincuenta por ciento de la vulnerabilidad a la adicción de un individuo se puede atribuir a la genética. La mayor parte de esta vulnerabilidad surge de complejas interacciones entre múltiples genes y de interacciones genéticas con las influencias ambientales.
- En algunos casos, un producto de un gen podría actuar directamente. Por ejemplo, al parecer un gen proteína influye en cómo una persona responde a una sustancia psicoactiva (es decir, si la experiencia con la sustancia psicoactiva produce o no produce placer) y en la rapidez con que el organismo metaboliza y excreta la sustancia psicoactiva.
- Sin embargo, los genes también pueden actuar indirectamente al:
  - Modificar la forma en que un individuo responde al estrés; o
  - Aumentar la probabilidad de un comportamiento dispuesto a asumir riesgos y a buscar sensaciones nuevas.
- Estas vulnerabilidades podrían influir en el desarrollo tanto de los trastornos por uso de sustancias como de los trastornos mentales. Estudios recientes han demostrado que hay tres genes concretos que están involucrados en la relación entre el consumo de cannabis y el desarrollo de psicosis.
- Algunas áreas del cerebro se ven afectadas tanto por los TUS como por otros trastornos mentales. Por ejemplo, los circuitos del cerebro que utilizan el neurotransmisor dopamina —una sustancia química sobre la que aprendimos en el Curso 1, que transmite mensajes de una neurona a otra — suelen verse afectados por las sustancias adictivas y también podrían estar involucrados en:
  - La depresión;
  - La esquizofrenia; y
  - Otros trastornos psiquiátricos.

17 Caspi, A., Moffitt, T. E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., et al. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene x environment interaction. *Biological Psychiatry*, 57(10), 1117–1127.

18 U.S. Department of Health and Human Services. (2010). NIDA Research Report Series: Comorbidity. NIH Publication Number 10-5771. Bethesda, MD: Author.



- De hecho, algunos antidepresivos y prácticamente todos los antipsicóticos apuntan directamente a la regulación de la dopamina en este sistema, en tanto que otros medicamentos podrían tener efectos indirectos.
- Es importante señalar que las vías de la dopamina también intervienen en la forma en que el estrés puede aumentar la vulnerabilidad a la adicción a sustancias.
- El estrés también es un factor de riesgo ambiental conocido para una serie de trastornos mentales y en consecuencia proporciona un probable vínculo neurobiológico común entre los procesos de las enfermedades y los trastornos por uso de sustancias y los trastornos mentales.
- La superposición de las áreas del cerebro que intervienen en los TUS y en los trastornos mentales sugiere que los cambios causados por uno afectan al otro. Por ejemplo, el abuso de sustancias que precede a los primeros síntomas de una enfermedad mental podría producir cambios en la estructura y la función del cerebro que desencadenan una tendencia subyacente a desarrollar ese trastorno mental.
- Si el trastorno mental se desarrolla primero, los cambios generados en la actividad del cerebro podrían incrementar la vulnerabilidad a los TUS debido a que:
  - Aumentan sus efectos positivos.
  - Reducen la conciencia de sus efectos negativos.
  - Alivian los efectos molestos asociados con el trastorno mental o con el medicamento utilizado para tratarlo.
- Consultar las Páginas de Apoyo 2.1 – 2.4 para obtener ejemplos concisos de investigaciones realizadas sobre los trastornos co-ocurrentes.



---

# Módulo 3

---

## MODELOS Y OPCIONES DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Contenido y Programa de Trabajo</i> .....                     | 99  |
| <i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje</i> ..... | 99  |
| <i>Diapositivas en PowerPoint</i> .....                          | 100 |
| <i>Páginas de Apoyo</i> .....                                    | 124 |
| <i>Resumen</i> .....                                             | 125 |



| Contenido y Programa de Trabajo                                                                                                                                      |                   |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| Actividad                                                                                                                                                            | Duración          | Persona Responsable |
| Introducción al Módulo 3                                                                                                                                             | 15 minutos        |                     |
| Presentación:<br>El campo en evolución de los trastornos co-ocurrentes                                                                                               | 10 minutos        |                     |
| Ejercicio en grupo grande: Protocolos y procedimientos de programas existentes para personas con trastornos co-ocurrentes                                            | 15 minutos        |                     |
| Presentación: Conceptos claves del tratamiento de los trastornos co-ocurrentes                                                                                       | 30 minutos        |                     |
| <b>Receso</b>                                                                                                                                                        | <b>15 minutos</b> |                     |
| Ejercicio en grupos pequeños: Efectos de la evaluación y el tratamiento de trastornos co-ocurrentes en terapeutas de tratamiento de trastornos por uso de sustancias | 45 minutos        |                     |

## Metas y Objetivos del Módulo 3

### Metas de la Capacitación

- Proporcionar una visión general de los conceptos claves de evaluación dentro del campo de los trastornos co-ocurrentes.
- Proporcionar una visión general de los modelos de tratamiento y brindar a los/las participantes una oportunidad de examinar los enfoques de sus programas.

### Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 3 serán capaces de:

- Definir las diferencias entre intervención y tratamiento integrado, paralelo y secuencial;
- Definir “recuperación” en el contexto del tratamiento de los trastornos co-ocurrentes;
- Analizar el concepto de los “cuadrantes de la atención”; y
- Analizar la relación entre gravedad del síntoma, capital de recuperación y niveles de atención.



## Módulo 3 – Objetivos de Aprendizaje

- Definir las diferencias entre intervención y tratamiento integrado, paralelo y secuencial.
- Definir “recuperación”.

3.2

- Analizar el concepto de los “cuadrantes de la atención”.
- Analizar la relación entre gravedad de los síntomas, capital de recuperación y niveles de atención.

## El Campo de los TCO

- Se ha expandido rápidamente en los últimos 40 años debido a:
  - Disponibilidad de información significativa sobre prevalencia.
  - Surgimiento de nuevas poblaciones de tratamiento con TCO.
  - Cambios en la provisión del tratamiento, incluyendo un creciente número de programas que atiende a personas con TCO.

3.4

## Tendencias en el tratamiento de los TCO

- Los investigadores(as) han demostrado claramente que el tratamiento del abuso de sustancias de personas usuarias con enfermedades mentales y trastornos por el uso de sustancias co-ocurrentes puede ser beneficioso.

Fuente: CSAT.. Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Rockville (mb); SAMHSA (2005). Treatment Improvement Protocol No. 42. Obtenido en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/P>

3.5

### Tres Tipos de Programas

- Programas sólo para el tratamiento de TUS.
- Programas con capacidad para tratar TCO
- Programas mejorados para tratar TCO



American Society of Addiction Medicine. (2001). *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders* (2nd revised ed.). Chevy Chase, MD: Author.

3.6



## Programas sólo para el tratamiento de TUS

- No pueden acoger a personas con trastornos mentales que necesiten algún tipo de atención.
- Derivan a las personas con TCO a otros programas, ya sea a otros programas de TUS o a otros proveedores de tratamiento de trastornos mentales.

3.7

## Programas con capacidad para tratar TCO

- Orientados principalmente al tratamiento de los TUS, pero con capacidad para tratar trastornos mentales co-ocurrentes de leves a moderados.
- Abordan los TCO en las políticas y procedimientos, en la evaluación, planificación del tratamiento y programación.
- Podrían derivar a las personas usuarias a proveedores de salud mental para determinados servicios, pero trabajan estrechamente con los otros proveedores.

Fuente: American Society of Addiction Medicine. (2001). *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders* (2nd revised ed.). Chevy Chase, MD: Author.

3.8



### Programas mejorados para tratar TCO

- Máximo nivel de integración de los servicios de tratamiento de TUS y de los trastornos mentales.
- Pueden proporcionar tratamientos primarios de TUS y de trastornos mentales a las personas con TCO graves.
- Se enfocan en la integración de los servicios para los trastornos por uso de sustancias y los trastornos mentales.

Fuente: American Society of Addiction Medicine. (2001). *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders* (2nd revised ed.). Chevy Chase, MD: Author.

3.9

## Pregunta para Discutir en Grupo Completo

- ¿Qué están haciendo sus programas para responder a personas con trastornos co-ocurrentes?

3.10

## Modelos de Tratamiento: El Tratamiento *Secuencial*

- Proporciona tratamiento para un trastorno primero, y luego trata el otro.
- Se proporciona en entornos separados.

3.11

- Los/las profesionales no siempre concuerdan en qué trastorno debe tratarse primero.
- Cuando esto sucede, las personas en ocasiones no reciben tratamiento.
- Independientemente de qué trastorno se trate primero, los síntomas del otro trastorno suelen interferir con el tratamiento.

## Modelos de Tratamiento: Tratamiento *Paralelo*

- Proporciona tratamiento para ambos trastornos al mismo tiempo pero en entornos separados.

3.13

## Desventajas del Tratamiento Paralelo

- Los programas que tratan los trastornos mentales no suelen entender los TUS, y viceversa.
- En el mejor de los casos, podría ser confuso para las personas usuarias.
- En el peor de los casos, podría crear graves conflictos en el tratamiento.

3.14

- La forma más efectiva de tratar los TCO.
- Interviene en la persona como un todo, proporcionando intervenciones para ambos trastornos simultáneamente.
- La mayoría de las veces se ofrece en un solo establecimiento, por lo que la persona usuaria debe pasar por un solo proceso de admisión y tiene un(a) terapeuta principal que coordina el tratamiento.



3.15

## Por qué el Tratamiento Integrado Funciona Bien

- La persona usuaria desarrolla relaciones con un(a) solo(a) terapeuta o equipo.
- La persona usuaria no necesita interpretar las intervenciones de dos terapeutas que trabajan por separado.
- La persona usuaria se siente más comprendida ya que los problemas se tratan de forma holística.

3.16

## Por qué el Tratamiento Integrado Funciona Bien (Cont.)

- Favorece la evaluación y el tratamiento en cualquier etapa en que la persona ingrese al sistema de tratamiento.
- Asegura la existencia de acuerdos para consultas si el proveedor(a) no tiene competencia en los problemas de la persona.
- Anima a los/las terapeutas y a los programas a aumentar su competencia para tratar a individuos con TCO.

3.17

- Mejora la seguridad de la medicación al conocer las posibles interacciones entre los medicamentos utilizados tanto para el trastorno por uso de sustancias como para los trastornos mentales y entre los medicamentos y las sustancias ilícitas.

3.18

## Prácticas Basadas en la Evidencia

- El Centro de Investigación Psiquiátrica de Dartmouth en los Estados Unidos:
  - Toma de decisiones compartida entre la persona y los/las terapeutas.
  - Integración de los servicios.
  - Tratamiento integral — aborda todas las necesidades de la persona.
  - Servicio de atención comunitaria o Outreach “asertivo”.

Fuente: Fox, L., Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., Becker, D. R., McGovern, M. R., et al. (2010). Integrated dual disorders treatment: Best practices, skills, and resources for successful client care (p. 13). Center City, MN: Hazelden.

3.19

## Prácticas Basadas en la Evidencia (Cont.)

- Se enfocan en reducir las consecuencias negativas, como por ejemplo, realizar pruebas para detectar posibles enfermedades como la hepatitis C.
- Aceptan que la recuperación podría tomar mucho tiempo.
- Utilizan intervenciones que se basan en la motivación para el cambio.
- Adaptan las intervenciones para responder a las necesidades y metas particulares de cada persona usuaria.

3.20



### Definición Unificada de Recuperación

- “Un proceso de cambio a través del cual las personas trabajan para mejorar su propia salud y bienestar, y llevar una vida con sentido en una comunidad de su elección mientras se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial”.

SAMHSA Blog. (2011, May 20). *Recovery defined—A unified working definition and set of principles*. Obtenido en julio 27, 2011, de <http://blog.samhsa.gov/2011/05/20/recovery-defined-a-unified-workingdefinition-and-set-of-principles>.

3.21

## Tratamiento Integrado

- El tratamiento integrado para los trastornos co-ocurrentes todavía no es la norma.

3.22

## Los Cuadrantes de la Atención

- Iniciativa conjunta:
  - ▣ Asociación Nacional de Directores Estatales de Alcoholismo y Drogadicción (NASADAD por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.
  - ▣ Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental (NASMHPD por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos.
- Clasificación de la coordinación de los servicios por severidad del TUS y del trastorno mental.

U.S. NASADAD. (1998). *National dialog on co-occurring mental health and substance abuse disorders*. Washington, DC: Author. Obtenido en enero 31, 2011, de <http://nasadad.org/national-dialogue-co-occurring-mental-health>

3.23

## Los Cuadrantes de la Atención



Fuente: U.S. NASADAD. (1998). National dialog on co-occurring mental health and substance abuse disorders. Washington, DC: Author. Obtenido en enero 31, 2011, de <http://nasadad.org/national-dialogue-co-occurring-mental-health>

3.24

## ¡Atención!

- La evaluación y designación del tratamiento debe ser altamente individualizada y basarse en una serie de factores.
- La discusión ilustra cómo el modelo de cuadrantes puede ayudar a los/las terapeutas a tomar decisiones de tratamiento con las personas usuarias, no simplemente prescribir el tratamiento.

3.25

## Los Cuadrantes de la Atención



Fuente: U.S. NASADAD. (1998). National dialog on co-occurring mental health and substance abuse disorders. Washington, DC: Author. Obtenido en enero 31, 2011, de <http://nasadad.org/national-dialogue-co-occurring-mental-health>

3.26

## 3.27

## Capital de Recuperación

- Amplitud y profundidad de los recursos internos y externos a los que se puede recurrir para iniciar y sostener la recuperación de los TUS:
  - ▣ Recursos personales.
  - ▣ Recursos familiares y sociales.
  - ▣ Recursos comunitarios (incluyendo culturales).

Fuente: White, W., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. *Counselor*, 9(5), 22–27.

3.28

## El Capital de Recuperación y la Matriz de Severidad de los Problemas

|                                                                                                                     |                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>Cuadrante III</u></b><br>Alta Severidad y<br>Complejidad<br>del Problema<br>+<br>Alto Capital de Recuperación | <b><u>Cuadrante IV</u></b><br>Alta Severidad y<br>Complejidad<br>del Problema<br>+<br>Bajo Capital de Recuperación |
| <b><u>Cuadrante I</u></b><br>Baja Severidad y<br>Complejidad<br>del Problema<br>+<br>Alto Capital de Recuperación   | <b><u>Cuadrante II</u></b><br>Baja Severidad y<br>Complejidad<br>del Problema<br>+<br>Bajo Capital de Recuperación |

Adaptado de: White, W., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals, *Counselor*, 9(5), 22–27.

3.29

## 3.30

## Factorización del Capital de Recuperación (Cont.)

- Problema de baja severidad + capital de recuperación moderado a alto = intervención breve.

### **PERO**

- Problema de baja severidad + capital de recuperación bajo = intervención más intensiva, como un programa ambulatorio.

3.31

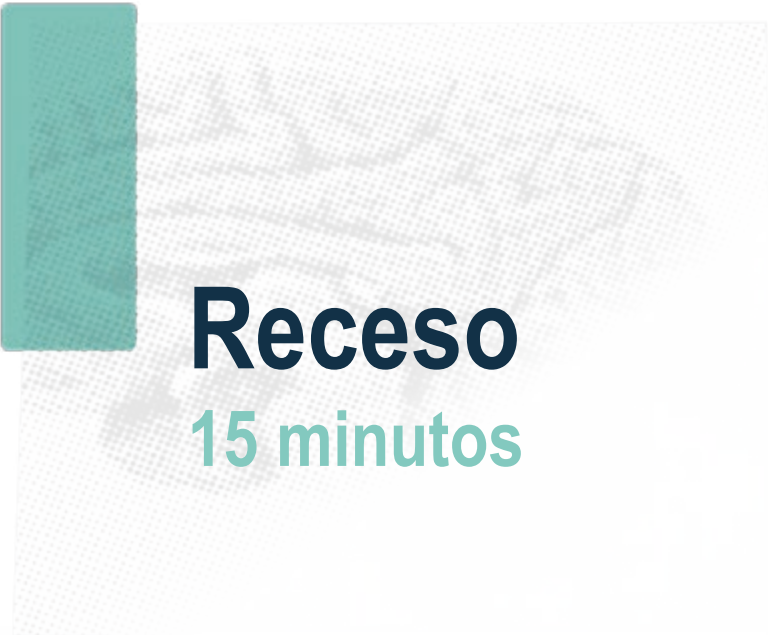
## Recursos sobre el Capital de Recuperación

- Recovery Management and Recovery-Oriented Systems of Care: Scientific Rationale and Promising Practices  
[http://www.naadac.org/assets/1959/whitewl2008\\_recovery\\_management\\_and\\_recovery-oriented\\_systems\\_of\\_care.pdf](http://www.naadac.org/assets/1959/whitewl2008_recovery_management_and_recovery-oriented_systems_of_care.pdf)
- Recovery Capital: A Primer for Addictions Professionals  
<http://www.williamwhitepapers.com/pr/2008RecoveryCapitalPrimer.pdf>

3.32



3.33



## Receso 15 minutos

3.34

### Ejercicio en grupos pequeños: Impacto de los TCO en los Terapeutas de TUS

- ¿Cuáles son los problemas más importantes que enfrentan al trabajar con personas con trastornos co-ocurrentes?
- ¿Qué conceptos les resultan de mayor utilidad?
- ¿Sobre qué conceptos les interesaría saber más?

3.35



## Página de Apoyo 3.1: Los Cuadrantes de la Atención

Gravedad  
Elevada



Trastornos por uso de sustancias



Baja  
Severidad

### Cuadrante III

TM de menor severidad +  
TUS más severo

#### Atención Recomendada

Tratamiento del TUS (ambulatorio intensivo, residencial o en régimen de internado), en colaboración con el proveedor de tratamiento del trastorno mental, según sea necesario.

### Cuadrante IV

TM de mayor severidad +  
TUS más severo

#### Atención Recomendada

Tratamiento intensivo, completo e integrado (residencial o en régimen de internado) para ambos trastornos.  
Atención de emergencia según sea necesario.

### Cuadrante I

TM de menor severidad +  
TUS menos severo

#### Atención Recomendada

Intervención breve de TUS o tratamiento de TUS (ambulatorio) con un proveedor de tratamiento de trastornos mentales, según sea necesario

### Cuadrante II

TM de mayor severidad +  
TUS menos severo

#### Atención Recomendada

Proveedor de tratamiento de trastornos mentales en colaboración con el proveedor de tratamiento de TUS o del tratamiento de TUS en programa mejorado de TCO en colaboración con el proveedor de tratamiento del trastorno mental. Atención de emergencia según sea necesario.

Trastornos Mentales (TM)

Gravedad  
Elevada

Adaptado del U.S. Center for Substance Abuse Treatment. (2006, Fall). Identifying and helping patients with co-occurring substance use and mental disorders: A guide for primary care providers. Substance Abuse in Brief Fact Sheet, 4(2).

## Módulo 3 — Modelos y Opciones de Evaluación y Tratamiento, Resumen

### El campo en evolución de los trastornos co-ocurrentes

- El campo de los TCO se ha expandido rápidamente en los últimos 40 años. Entre los desarrollos de importancia se incluyen:
  - La disponibilidad de información significativa sobre la prevalencia de los TCO;
  - El surgimiento de nuevas poblaciones de tratamiento con TCO; incluyendo personas en situación de calle, que tienen VIH/SIDA, o que tienen problemas con el sistema de justicia penal; y
  - Cambios en la provisión del tratamiento, incluyendo un creciente número de programas que atiende a personas con TCO.
- Muchos piensan que una persona con un TCO típico tiene un trastorno mental grave combinado con un trastorno por uso de sustancias grave. Sin embargo, en el Módulo 2 aprendimos que todos tenemos factores de riesgo tanto genéticos como ambientales que pueden influir tanto en la aparición como en el grado de severidad de los trastornos<sup>1</sup>.
- Múltiples estudios han demostrado hasta qué punto los TCO constituyen una preocupación clínica para el tratamiento de los TUS. Los investigadores(as) no sólo han descubierto un vínculo entre el abuso de sustancias y la enfermedad mental, sino que también han comprobado el dramático impacto que podría tener la compleja presencia del abuso de sustancias en el curso del tratamiento de la enfermedad mental. Un estudio de 121 personas con psicosis reveló que aquellas con problemas de abuso de sustancias pasaron el doble de días en el hospital durante los 2 años anteriores al tratamiento que aquellas sin problemas de abuso de sustancias. Estas personas usuarias tienen peores resultados, como por ejemplo tasas más altas de infección por el VIH, de recaída, de re-hospitalización, de depresión y de riesgo suicida.
- Los investigadores(as) también han demostrado claramente que el tratamiento del abuso de sustancias de personas usuarias con enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias co-ocurrentes puede ser beneficioso.
- Se está prestando atención a nuevos modelos y estrategias, y fomentando innovaciones en el tratamiento para las personas con enfermedades mentales y TUS co-ocurrentes.

<sup>1</sup> CSAT. Substance Abuse Treatment for persons with co-occurring disorders. Rockville (mb); SAMHSA (2005). Treatments protocol service, No. 42, Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/>

## Tipos de Programas

- El campo de los TCO es bastante nuevo. Los programas todavía podrían estar en el proceso de determinar la mejor forma de trabajar con personas con TCO<sup>2</sup>.
- En el año 2001, la Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción (American Society of Addiction Medicine) identificó tres tipos básicos de programas:
  1. Programas sólo para el tratamiento de TUS;
  2. Programas con capacidad para tratar TCO; y
  3. Programas mejorados para tratar TCO.
- Los programas sólo para el tratamiento de TUS no pueden acoger a personas con trastornos mentales que necesiten algún tipo de atención, incluso si el trastorno está estable y la persona usuaria funciona bien. Estos programas derivan a las personas con TCO a otros programas, ya sea a otros programas de TUS o a otros proveedores de salud mental.
- Los programas con capacidad para tratar TCO están orientados principalmente al tratamiento de los TUS, pero también tienen capacidad para tratar trastornos mentales co-ocurrentes de leves a moderados. Estos programas abordan los TCO en sus políticas y procedimientos, en la evaluación, y en la planificación del tratamiento.
- Los miembros del personal del programa son “capaces de abordar la interacción entre los trastornos mentales y los trastornos relacionados con sustancias y su efecto en la disposición de la persona usuaria a cambiar — así como las cuestiones relacionadas con la recaída y el ambiente de recuperación — utilizando el contenido de los programas individuales y de grupo<sup>3</sup>.”
- Estos programas podrían derivar a las personas usuarias a proveedores de salud mental para determinados servicios, tales como la administración de medicación o tratamientos diarios, pero trabajan estrechamente con los otros proveedores.
- Los programas mejorados para tratar TCO tienen un mayor nivel de integración de los servicios de tratamiento de TUS y de los trastornos mentales. Estos programas pueden proporcionar tratamiento primario para el abuso de sustancias a personas usuarias que son, en comparación con aquellas que se pueden tratar en programas con capacidad para tratar TCO, “más sintomáticas y con un mayor deterioro funcional como resultado de su trastorno mental co-ocurrente”.

## Conceptos claves del tratamiento de los trastornos co-ocurrentes

- Históricamente, el tratamiento para los TCO se ha proporcionado de forma ya sea secuencial o en paralelo.
- El tratamiento secuencial implica proporcionar el tratamiento para un trastorno primero, y luego tratar el otro. El tratamiento secuencial se proporciona en entornos completamente separados. Este enfoque demostró ser problemático por diversas razones. Por ejemplo, los/las profesionales del tratamiento de TUS y de los trastornos mentales no siempre concordaban sobre qué trastorno debía tratarse primero. Las personas usuarias a menudo quedaban fuera del sistema y terminaban sin recibir tratamiento. Por otra parte, independientemente de qué trastorno se estuviera tratando primero, los síntomas del otro

2 American Society of Addiction Medicine. (2001). Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders (2nd revised ed.). Chevy Chase, MD: Author.

3 COD-enhanced programs focus primarily on the integration of services for substance use and mental disorders.

trastorno a menudo interferían con el tratamiento. Esto no resulta sorprendente porque sabemos que los TCO están interrelacionados de manera importante e interactúan.

- Proporcionar tratamiento en paralelo significa tratar ambos trastornos al mismo tiempo pero en entornos separados. El tratamiento paralelo tiene una ventaja por sobre el tratamiento secuencial debido a que no se producen discrepancias en cuanto a qué trastorno debiera tratarse primero y las personas usuarias corren menos riesgo de quedar fuera del sistema de tratamiento. La desventaja es que los programas que tratan los trastornos mentales no suelen entender los TUS, y viceversa. En el mejor de los casos, esto a veces crea confusión en la persona usuaria y, en el peor de los casos, graves conflictos en el tratamiento. Por ejemplo, un proveedor(a) de tratamiento de trastorno mental de una persona usuaria podría prescribir benzodiacepina para un trastorno de ansiedad severo. El proveedor(a) de tratamiento de TUS podría entonces considerar que la persona usuaria no está en abstinencia y en consecuencia vulnera las reglas del programa. Estos conflictos pueden evitarse o moderarse en los programas con capacidad para tratar TCO o en los programas mejorados para tratar TCO que mencionamos anteriormente.
- La investigación está descubriendo que la forma más efectiva de tratar los TCO es a través de programas de tratamiento integrados. Estos son los programas mejorados para tratar TCO que mencionamos antes. El tratamiento integrado aborda a la persona en su totalidad de forma más eficaz al proporcionar intervenciones para ambos trastornos simultáneamente. El tratamiento integrado se ofrece en la mayoría de los casos en un solo lugar, de modo que la persona usuaria sólo debe pasar por un proceso de admisión y tiene un(a) terapeuta principal que coordina el proceso de tratamiento.
- En general, el tratamiento integrado de los TCO funciona debido a que:
  - La persona usuaria desarrolla relaciones con un(a) solo(a) terapeuta o equipo;
  - La persona usuaria no necesita interpretar las intervenciones de dos terapeutas que trabajan por separado; y
  - La persona usuaria se siente más comprendida ya que los problemas se tratan de forma holística.
- Otras ventajas de un marco de atención integrada son que:
  - Favorece la evaluación y el tratamiento en cualquier etapa en que la persona usuaria ingrese al sistema de tratamiento, lo que disminuye las posibilidades de que una persona usuaria quede fuera del sistema;
  - Asegura que se han tomado medidas para facilitar las consultas si el proveedor(a) no tiene competencia propia en los problemas de la persona usuaria; y
  - Anima a los/las terapeutas y a los programas a aumentar su competencia para tratar a individuos con TCO.
- Por último, el manejo de la medicación tanto para el trastorno por uso de sustancias como para los trastornos mentales puede ser más efectivo en los programas integrados, reduciendo la posibilidad de que se produzcan interacciones potencialmente peligrosas de la medicación o la reducción de su efectividad. Los miembros del personal de programas integrados también podrían estar mejor preparados para entender los riesgos asociados con las interacciones entre los medicamentos prescritos y las sustancias ilícitas que una persona usuaria podría usar si tiene una recaída.

- Los/las docentes del Centro de Investigación Psiquiátrica de Dartmouth de EE.UU. señalan varias características claves de las prácticas basadas en la evidencia (o PBE) para el tratamiento integrado de los TCO:
  - Toma de decisiones compartida entre la persona usuaria y los/las terapeutas;
  - Integración de los servicios, debido a que el mismo terapeuta o equipo los proporciona;
  - Tratamiento integral que aborda todas las necesidades de la persona usuaria, desde vivienda a empleo y a entrenamiento en habilidades; y.
  - Servicio de extensión de la atención hacia la comunidad o Outreach “asertivo”, a través del cual el/la terapeuta es responsable de trabajar con instituciones afines de la comunidad para apoyar a la persona usuaria.
- Las PBE adicionales para el tratamiento integrado de los TCO incluyen:
  - Un énfasis en reducir las consecuencias negativas, como por ejemplo, realizar pruebas para detectar enfermedades como la hepatitis C;
  - Aceptar que la recuperación podría tomar mucho tiempo en algunas personas usuarias;
  - Utilizar intervenciones que se basan en la motivación para el cambio de la persona usuaria; y
  - Adaptar las intervenciones terapéuticas para responder a las necesidades y metas particulares de cada persona usuaria.
- En definitiva, las metas de todas las PBE son ayudar a las personas con TCO a desarrollar y utilizar su capital de recuperación para crear un proceso de cambio y avanzar hacia el bienestar. Como mencionamos en el Curso 2, la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) de los Estados Unidos desarrolló recientemente una definición integrada de recuperación, tanto para los trastornos de salud mental como para los TUS, que señala:
  - “Un proceso de cambio a través del cual las personas trabajan para mejorar su propia salud y bienestar, y llevar una vida con sentido en una comunidad de su elección mientras se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial”<sup>4</sup>.
- Esta definición permite el uso de medicamentos psicoactivos para tratar los TUS, los trastornos mentales, o condiciones médicas (como el dolor severo), de ser necesario, mientras una persona está en recuperación. El tratamiento integrado todavía no es la norma en muchos de los lugares (si no en la mayoría de ellos). Es claramente una meta valiosa, pero los/las terapeutas a menudo deben sacar lo mejor de un sistema imperfecto. Para ello, los/las terapeutas deben saber al menos cómo reconocer un TCO cuando lo ven.
- También ayuda a entender el concepto de los niveles de atención, especialmente si se necesita derivar a personas usuarias a otros programas para el tratamiento de sus trastornos mentales.

---

4 SAMHSA Blog. (2011, May 20). Recovery defined—A unified working definition and set of principles. Obtenido en Febrero 3, 2012, de <http://blog.samhsa.gov/2011/05/20/recovery-defined-a-unified-working-definition-and-set-of-principles>



## Los Cuadrantes de la Atención

- Una forma de considerar la adecuada asignación del tratamiento se relaciona con el concepto de los cuadrantes de la atención para los TCO.
- El concepto de los cuadrantes de la atención se desarrolló en los Estados Unidos en 1998 como una iniciativa conjunta entre la Asociación Nacional de Directores Estatales de Alcoholismo y Drogadicción (o NASADAD por sus siglas en inglés) y la Asociación Nacional de Directores de Programas Estatales de Salud Mental (NASMHPD por sus siglas en inglés)<sup>5</sup>.
- Su meta era proporcionar un marco para fomentar la consulta, la colaboración y la integración entre los sistemas y proveedores de tratamiento de los TUS y de los trastornos mentales, de manera que éstos pudieran ofrecer la atención más adecuada a cada persona con TCO.
- El modelo de cuatro cuadrantes tiene dos usos específicos:
  - Ayudar a conceptualizar el tratamiento de una persona usuaria individual y orientar las mejoras en la integración del sistema (por ejemplo, si la persona usuaria padece una psicosis aguda y el personal de tratamiento sabe que tiene un historial de dependencia del alcohol, la persona usuaria se insertará claramente en la Categoría IV — es decir, trastorno mental grave y trastorno grave por uso de sustancias). Sin embargo, la severidad de las necesidades de la persona usuaria, así como el diagnóstico, los síntomas y los deterioros determinan la asignación del nivel de atención.
  - Orientar las mejoras en la integración de los sistemas, incluyendo la asignación eficiente de los recursos. El Diálogo Nacional de la NASMHPD - NASADAD reconoció que en la actualidad “no existe un único lugar de responsabilidad para las personas con TCO. Los sistemas de tratamiento de la salud mental y del abuso de sustancias funcionan de forma independiente, como culturas separadas, cada uno con sus propias filosofías de tratamiento, estructuras administrativas y mecanismos de financiamiento”.
- Este marco conceptual de cuadrantes de la atención clasifica a las personas usuarias en cuatro grupos basándose en la severidad de los síntomas, no en el diagnóstico:
  - Cuadrante I: La persona usuaria tiene un trastorno mental de menor severidad y un TUS menos severo. Este cuadrante incluye personas con trastornos por uso de sustancias de menor severidad y trastornos mentales de menor severidad. Estos individuos de menor severidad pueden ser tratados en entornos ambulatorios intermedios de programas de salud mental o de dependencia a químicos, con consulta o colaboración entre los entornos de ser necesario. Alternativamente, algunos individuos serán identificados y manejados en entornos de atención primaria con consulta a proveedores de tratamiento de salud mental y/o abuso de sustancias.
  - Cuadrante II: La persona usuaria tiene un trastorno mental de mayor severidad pero un TUS menos severo. Incluye a personas con trastornos mentales de mucha gravedad que suelen ser identificados como personas usuarias prioritarias dentro del sistema de salud mental y que también tienen trastornos por uso de sustancias de menor severidad (p. ej., dependencia de sustancias en remisión o remisión parcial). Estas personas generalmente reciben atención continua en el sistema de salud mental y es probable que sean bien atendidas en una variedad de programas intermedios de salud mental que utilizan el manejo integrado de casos.

<sup>5</sup> U.S. NASADAD. (1998). National dialog on co-occurring mental health and substance abuse disorders. Washington, DC: Author. Retrieved January 31, 2011, from <http://nasadad.org/national-dialogue-co-occurring-mental-health>

- Cuadrante III: La persona usuaria tiene un trastorno mental de menor severidad pero un TUS más severo. Las personas del Cuadrante III, identificadas con trastornos graves por uso de sustancias y trastornos mentales de gravedad baja o moderada generalmente son bien atendidas en programas de tratamiento de abuso de sustancias de nivel intermedio. En algunos casos, es necesario coordinar y colaborar con los programas de salud mental asociados para proporcionar un tratamiento continuo de los trastornos mentales.
- Cuadrante IV: La persona usuaria tiene tanto un trastorno mental de mayor severidad como un TUS más severo. El cuadrante IV se divide en dos subgrupos. Un subgrupo incluye a las personas con enfermedades mentales graves y persistentes (SPMI por sus siglas en inglés) que también sufren trastornos por uso de sustancias graves e inestables. El otro subgrupo incluye a personas con trastornos por uso de sustancias graves e inestables y problemas de salud mental que presentan conductas graves e inestables (p. ej., personas violentas, personas suicidas) que no cumplen (todavía) con los criterios de SPMI. Estas personas requieren servicios intensivos, completos e integrados tanto para su trastorno por uso de sustancias como para sus trastornos mentales. El lugar de tratamiento puede ser programas residenciales especializados en el tratamiento del abuso de sustancias, tales como comunidades terapéuticas modificadas en hospitales públicos, cárceles, o incluso en entornos que proporcionan atención aguda, como las salas de urgencia<sup>6</sup>.
- La evaluación y designación del tratamiento debe ser altamente individualizada y basarse en una serie de factores; esta discusión ilustra cómo el modelo de cuadrantes puede ayudar a los/las terapeutas(as) a tomar decisiones de tratamiento con sus las personas usuarias. ¡No se trata simplemente de prescribir el tratamiento!
- No todas las comunidades tendrán una gama completa de opciones disponibles. Sin embargo, el modelo de los cuadrantes puede ayudar a los/las terapeutas a identificar el nivel de esfuerzo, incluyendo el manejo de casos, que podría ser necesario para mejorar el tratamiento de las personas con TCO.
- La Página de Apoyo 3.1 presenta un diagrama de los cuadrantes con los niveles de atención.
- Una desventaja del marco de los cuadrantes de la atención es que está orientado a los problemas en lugar de estar orientado a las fortalezas. Añadir el concepto de capital de recuperación al marco incorpora una importante dimensión de fortalezas a las decisiones de colocación.
- En el Curso 2, definimos el capital de recuperación como la amplitud y profundidad de los recursos internos y externos a los que se puede recurrir para iniciar y mantener la recuperación de los TUS.
- El capital de recuperación incluye:
  - Recursos personales;
  - Recursos familiares y sociales;
  - Recursos comunitarios (incluyendo culturales).

6 CSAT (2005). Substance Abuse Treatment for Persons with Co-Occurring Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42. Center for Substance Abuse Treatment. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); Obtenido en Marzo 16, 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64184/figure/A74172/>



- También existe un concepto de cuadrante para el capital de recuperación.
  - Cuadrante I: Baja severidad y complejidad del problema más alto capital de recuperación;
  - Cuadrante II: Baja severidad y complejidad del problema más bajo capital de recuperación;
  - Cuadrante III: Alta severidad y complejidad del problema más alto capital de recuperación; y
  - Cuadrante IV: Alta severidad y complejidad del problema más bajo capital de recuperación.
- Por ejemplo:
  - Una persona usuaria con un problema de alta severidad y bajo capital de recuperación; es decir pocos recursos, necesita una intervención de tratamiento intensivo, como un programa residencial u hospitalario. Sin embargo, una persona usuaria con un problema del mismo nivel alto de severidad pero con un alto capital de recuperación podría ser asignada a una intervención de tratamiento menos intensivo, como un programa diario o un programa ambulatorio intensivo.
  - Una persona usuaria con un problema de baja severidad y un capital de recuperación moderado a alto puede resultar exitosa con una intervención breve; en tanto que otra con un problema del mismo nivel bajo de severidad pero con un capital de recuperación bajo tendrá mayores probabilidades de resultar exitosa con una intervención más intensiva, como un programa ambulatorio.
- La investigación sobre los TCO y la mejor manera de tratarlos es relativamente nueva y sigue en curso. Todavía hay mucho que aprender, pero los investigadores(as) están desarrollando y probando:
  - Herramientas de evaluación;
  - Intervenciones de tratamiento; y
  - Directrices para el tratamiento.



---

# Módulo 4

---

## TRASTORNOS MENTALES ESPECÍFICOS Y PROBLEMAS COMUNES

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Contenido y Programa de Trabajo</i> .....                     | 134 |
| <i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje</i> ..... | 135 |
| <i>Diapositivas en PowerPoint</i> .....                          | 136 |
| <i>Páginas de Apoyo</i> .....                                    | 236 |
| <i>Resumen</i> .....                                             | 273 |

## Contenido y Programa de Trabajo

| Actividad                                               | Duración   | Persona Responsable |
|---------------------------------------------------------|------------|---------------------|
| Introducción al Módulo 4                                | 10 minutos |                     |
| Presentación interactiva: Trastornos de Depresión Mayor | 70 minutos |                     |
| Síntesis del Día 1                                      | 10 minutos |                     |

### Final del día 1

|                                                                                                      |                   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| Revisión del Día 1                                                                                   | 5 minutos         |  |
| Ejercicio en grupos pequeños: Estudio de caso: Trastornos de Depresión Mayor                         | 30 minutos        |  |
| Presentación interactiva: Trastornos de ansiedad, Parte I                                            | 75 minutos        |  |
| <b>Receso</b>                                                                                        | <b>15 minutos</b> |  |
| Presentación interactiva: Trastornos de ansiedad, Parte II                                           | 30 minutos        |  |
| Ejercicio en grupos pequeños: Estudio de caso: Trastornos de ansiedad                                | 30 minutos        |  |
| Ejercicio en grupo grande: Preguntas de recapitulación sobre los trastornos depresivos y de ansiedad | 10 minutos        |  |
| <b>Almuerzo</b>                                                                                      | <b>60 minutos</b> |  |
| Presentación interactiva: Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés                   | 45 minutos        |  |
| Presentación interactiva: Los trastornos psicóticos                                                  | 45 minutos        |  |
| Presentación interactiva: Los trastornos de la personalidad                                          | 40 minutos        |  |
| <b>Receso</b>                                                                                        | <b>15 minutos</b> |  |
| Presentación interactiva: Los trastornos de la personalidad (Cont.)                                  | 30 minutos        |  |
| Ejercicio en grupos pequeños: Estudio de caso: Los trastornos de la personalidad                     | 30 minutos        |  |
| Presentación interactiva: El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)             | 45 minutos        |  |
| Síntesis del día 2                                                                                   | 10 minutos        |  |

### Final del día 2

|                                                                                                                                  |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
| Revisión del día 2                                                                                                               | 5 minutos  |  |
| Ejercicio en grupos pequeños: Estudio de caso: El TDAH                                                                           | 30 minutos |  |
| Discusión en grupo grande: Preguntas de recapitulación sobre el trastorno psicótico, los trastornos de la personalidad y el TDAH | 10 minutos |  |

## Metas y Objetivos del Módulo 4

### Meta de la Capacitación

- Proporcionar una visión general de los principales trastornos mentales.

### Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 4 serán capaces de:

- Señalar los componentes claves de seis categorías de trastornos mentales;
- Describir enfoques simples que los/las terapeutas de trastornos por uso de sustancias (TUS) pueden usar con personas usuarias que experimentan trastornos mentales; y
- Demostrar habilidades básicas para reconocer los síntomas de los trastornos mentales utilizando un enfoque de estudio de casos.





## Módulo 4 – Objetivos de Aprendizaje

- Señalar criterios o características de 6 categorías de trastornos mentales.
- Describir enfoques simples que los/las terapeutas de TUS pueden utilizar con personas usuarias que experimentan trastornos mentales.
- Demostrar habilidades básicas para reconocer los síntomas de los trastornos mentales utilizando un enfoque de estudio de caso.

4.2



- Realizar una detección básica.
- Formarse una impresión preliminar de la naturaleza del trastorno que podría tener una persona usuaria, que puede ser verificado por alguien formalmente capacitado y certificado en el diagnóstico de problemas de la salud mental.
- Llevar a cabo una detección preliminar para determinar si la persona usuaria representa un peligro inmediato para él/ella o los/las demás.

4.3

## Competencias Básicas de los/las Terapeutas

- Ser capaces de involucrar a la persona usuaria de una manera tal que permita mejorar y facilitar la interacción futura.
- Bajar la intensidad del estado emocional de la persona.
- Manejar una crisis que involucre a una persona con TCO.
- Derivar a una persona usuaria al centro de tratamiento de salud mental o de abuso de sustancias apropiado.
- Coordinar la atención con un(a) terapeuta(a) de salud mental que esté a cargo de la misma persona usuaria.

Fuente: (SAMHSA) Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. A Treatment improvement Protocol (TIP) series, No. 42, HHS Publication, No. (SMA) Rockville (MD); Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2005)

4.4

## Limitaciones de este Módulo

- No incluye todos los principales trastornos.
- No sustituye la formación profesional para el diagnóstico y el tratamiento.
- Contiene sólo breves sugerencias de acciones y enfoques.

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

4.5

### Limitaciones y Desafíos Adicionales



■ Las personas con trastornos co-ocurrentes podrían presentar combinaciones de al menos un TUS y uno o más trastornos diferentes, haciendo que el diagnóstico y el tratamiento sean más complejos.

## 4.6

## Estructura del Módulo

- Presentación de un estudio de caso.
- Descripción y criterios de diagnóstico del trastorno.
- Criterios de diagnóstico relativos al caso.
- Ejercicio de estudio de caso en grupo pequeños.
- Prevalencia del trastorno.
- Problemas y preocupaciones fundamentales que podrían surgir.
- Relación entre el uso de sustancias y el trastorno.
- Sugerencias para el/la terapeuta de TUS.

4.7

## Para recordar

- Los principios y habilidades básicas de una consejería de TUS efectiva aplican también para las personas con trastornos mentales:
  - Escucha activa y respetuosa.
  - Un estilo validante y esperanzador.
  - Considerar la etapa de cambio de la persona usuaria.
  - Involucrar a la persona usuaria en la planificación del tratamiento.
  - Avanzar a un ritmo apropiado.

4.8

## 4.9

## Consideraciones Especiales: Los Medicamentos

- El/la terapeuta de TUS podría ser el primero(a) en saber que una persona en tratamiento ha dejado de tomar la medicación, está teniendo efectos secundarios, o que no está tomando los medicamentos correctamente.
- Apoyar a las personas con TCO para que sigan tomando sus medicamentos psiquiátricos puede mejorar significativamente los resultados del tratamiento del TUS.

4.10

## Publicación sobre los Medicamentos

- *BH Meds: Behavioral Health Medications*



Mid-America Addiction Technology Transfer Center. (2014). BH Meds: Behavioral Health Medications. Obtenido en marzo 16, 2017, de [http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/5/BHMedS\\_2014\\_033114.pdf](http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/5/BHMedS_2014_033114.pdf)

4.11

- Monitorear la respuesta de la persona usuaria a la consejería y hacer las adaptaciones necesarias.
- Avanzar lentamente, enfocándose primero en temas generales, no provocativos.
- Esperar a haber establecido una relación de confianza antes de abordar temas complejos.

4.12

## Consideraciones Especiales: Monitorear los Síntomas

- Vigilar los cambios o el empeoramiento de los síntomas de los trastornos mentales.
- Analizar las preocupaciones tanto con la persona en tratamiento como con el/la profesional médico/terapeuta.

4.13

## Consideraciones Especiales: Preparar a las Personas en Tratamiento para el Trabajo Grupal

- Muchas personas con TCO reaccionan muy bien en grupos; otros necesitan ayuda adicional.
- Cuando sea necesario, el/la terapeuta deberá dar a conocer y enseñar gradualmente a la persona en tratamiento habilidades para la participación en consejería grupal y en grupos de autoayuda.

4.14



## 4.15

## El DSM-5: Trastornos Mentales

- Trastorno de Depresión Mayor.
- Trastornos bipolares.

4.16

## Depresión

- Los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad son los tipos más comunes de trastornos mentales. En primer lugar, vamos a abordar el trastorno de estado de ánimo conocido como “Depresión”:
  - ▣ La depresión afecta a alrededor de 350 millones de personas y es la principal causa de discapacidad en todo el mundo.

Fuente: World Health Organization. (n.d.). What is depression? Obtenido en marzo 22, 2017 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

4.17

- Las personas usuarias cuyo padre/madre o hermanos(as) han padecido un trastorno de estado de ánimo tienen entre 1.5 – 3 más probabilidades de sufrir un trastorno de estado de ánimo.



4.18

## Trastorno de Depresión Mayor

### Criterios de Diagnóstico

4.19

## Trastorno de Depresión Mayor

### Estudio de Caso: Carmen

4.20

- No hay una causa única identificable.
- Factores biológicos, ambientales y psicológicos que contribuyen.

4.21

## Causas de la Depresión: Causas Biológicas

- Desequilibrios químicos en el cerebro causados por:
  - ▣ Factores genéticos.
  - ▣ Efectos ambientales tempranos en el cerebro en desarrollo.
  - ▣ Pueden ocurrir en el feto, durante el parto, o en la primera infancia.
  - ▣ Una combinación de factores genéticos y ambientales.

4.22

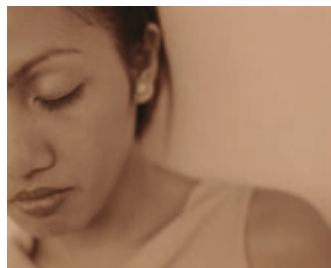
## Causas de la Depresión: Causas Ambientales y Psicológicas

- Tipos de trauma infantil, tales como abuso, abandono o apego inseguro.
- Sufrir una pérdida personal significativa temprano en la vida.
  - ▣ Por ejemplo, un niño, niña o adolescente que pierde a un padre/madre o hermano(a), podría ser más vulnerable a la depresión más adelante en la vida.



4.23

- Sufrir una pérdida personal significativa.
- Eventos o condiciones traumáticas más adelante en la vida.
- No contar con sistemas de apoyo.



4.24

## Vínculos entre el TUS y el Trastorno Depresivo

- No es poco común que las personas se sientan desalentadas y abatidas cuando:
  - ▣ Beben.
  - ▣ Están en abstinencia de cocaína.

4.25

## Abstinencia de Sustancias

- Las personas en tratamiento deben ser monitoreadas durante al menos 1 mes de abstinencia para determinar si:
  - ▣ Los síntomas depresivos desaparecen o su estado de ánimo mejora después de la abstinencia.
  - 
  - ▣ Esos síntomas necesitan tratamiento adicional porque la persona usuaria no mejora o su depresión empeora.

4.26



■ Otras dos maneras en que podrían interactuar:

- Las personas presentan mayores probabilidades de usar sustancias o de recaer en su uso cuando experimentan sentimientos negativos.
- Estar deprimido(a) y tener sentimientos negativos hace que algunas personas sean más propensas a consumir alcohol o drogas para sentirse mejor.

4.27

## Depresión no Reconocida

- En la etapa inicial de la recuperación, los sentimientos negativos y el estado de ánimo deprimido son comunes.
- Cuando la depresión no es reconocida, las personas usuarias podrían estar en riesgo de:
  - ▣ Cometer suicidio durante la etapa inicial de la recuperación.
  - ▣ Poner fin tempranamente al tratamiento.
  - ▣ Recaer.
  - ▣ Cometer suicidio cuando se produce una recaída luego de un período importante de abstinencia.

4.28

## Depresión y Recaída

- La depresión no reconocida y no tratada puede provocar recaídas debido:
  - ▣ Al deseo de una persona de automedicarse y aliviar la depresión.
  - ▣ A que la persona simplemente ya no se preocupa por lo que le pudiera suceder en ese momento.

4.29

### Suicidalidad y Estadísticas de TUS

- Los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias están presentes en el 25-50% de todos los suicidios.
- El 10% de las personas con dependencia de sustancias comete suicidio, a menudo mientras está experimentando un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- A nivel mundial, el suicidio es la tercera causa principal de muerte entre adolescentes.

WHO publication on Suicide [https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1)

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.,). Washington, DC: Author.

World Health Organization. (2003). Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions. Geneva: Author.

4.30

## Suicidalidad y TCO

- La suicidalidad está vinculada particularmente a graves trastornos de estado de ánimo, pero no en forma exclusiva.
- El reconocimiento y tratamiento temprano de los TUS y de las enfermedades mentales previene el suicidio y el comportamiento suicida.
- El 25% de las personas que cometió suicidio estuvo en contacto con un programa de salud mental en el año anterior a su muerte.

Fuente: World Health Organization. (2009). Preventing suicide: A resource for police, firefighters and other first line responders. Geneva: Author.

4.31

## La Suicidalidad y los TUS

- El uso de sustancias puede:
  - ▢ Empeorar los síntomas del trastorno depresivo.
  - ▢ Aumentar el riesgo de la persona usuaria de empeorar la depresión, las ideaciones suicidas, y los intentos de suicidio.
- El uso de sustancias puede anular los beneficios de los medicamentos antidepresivos.

4.32

## 4.33

## Detección de la Intención Suicida: Factores que es necesario considerar

Los factores que se deben considerar incluyen:

- Historia pasada reciente de intentos de suicidio.
- Antecedentes familiares de suicidio.
- Historial de uso de medios letales para intento de suicidio, como cuerdas para el ahorcamiento, armas, pistolas, ahogamiento violento, etc.
- La persona usuaria menciona su deseo de morir e ideas suicidas; una gran probabilidad de intento de suicidio, y
- TUS.

4.34

## Evaluación de la Intención Suicida

- Varias preguntas de evaluación son importantes de realizar de forma inmediata:
  - ¿Pasa algo malo?
  - ¿Por qué ahora?
  - ¿Tiene planes específicos para suicidarse?
  - ¿Ha cometido intentos de suicidio en el pasado?
  - ¿Siente deseos de suicidarse en este momento?

4.35

- Desarrollar un proceso de seguridad y manejo de riesgo que implique un compromiso de la persona en tratamiento de:
  - Seguir los consejos.
  - Eliminar cualquier medio para cometer suicidio.
  - Aceptar buscar ayuda y tratamiento
- Evaluar el riesgo de que la persona usuaria haga daño a otras personas.

4.36

## Monitoreo y Seguimiento de la Intención Suicida

- Proporcionar disponibilidad de contacto de 24 horas hasta que la derivación psiquiátrica se complete.
- Derivar a intervención psiquiátrica si la persona usuaria:
  - ▣ Tiene serios planes de suicidio.
  - ▣ Ha realizado intentos previos.
  - ▣ Tiene una enfermedad mental grave.

4.37

## Otras Acciones de Monitoreo y Seguimiento

- Desarrollar y monitorear estrategias para asegurar adherencia a los medicamentos.
- Elaborar planes de recuperación de largo plazo para tratar los TUS.
- Revisar todas las acciones con un supervisor(a) y/o el equipo de tratamiento.
- Documentar todos los informes y recomendaciones.

4.38



## Trastornos Bipolares

- Se caracterizan por grandes cambios de estado de ánimo que son desproporcionados frente a cualquier cosa de la vida normal.
- Existen dos tipos principales de trastornos bipolares:
  - ▣ Bipolar I
  - ▣ Bipolar II



4.39

Trastornos Bipolares (Cont.)



| Bipolar I                                                                      | Semejanzas                                                                                                                                                                                                     | Bipolar II                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Involucra episodios maníacos</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Generalmente involucra episodios de depresión mayor</li><li>• Períodos de eutimia o estados libres de síntomas</li><li>• Períodos de estado de ánimo elevado</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Involucra episodios hipomaniacos menos severos</li></ul> |

4.40

Trastornos Bipolares (Cont.)

- Afectan a alrededor de 45 millones de personas en el mundo.
- La edad media de inicio es a principios de los 20 años.
- Los síntomas podrían comenzar en la adolescencia o después de los 50 años.

4.41

## Criterios de Diagnóstico

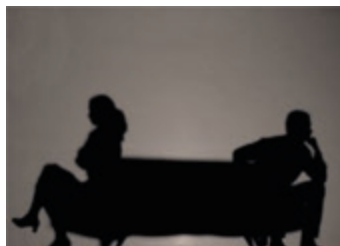
## Actitudes Extremas de las Personas con Episodio Maníaco

- Las personas que sufren un episodio maníaco podrían realizar cosas extremas:
  - ▣ Impulsivamente mudarse a otro lugar sin decirle a nadie.
  - ▣ Hacer grandes cambios en su apariencia física o su estilo de vestir.
  - ▣ Participar en actividades desorganizadas o extrañas.

4.43

## Manía y Negación

- Las personas que sufren un episodio maníaco rara vez reconocen sus síntomas como un problema y suelen resistirse a las iniciativas de intervención.



4.44

## Trastorno Bipolar I: Episodio Maníaco

# Estudio de Caso: Carlos

## Trastorno Bipolar II

- Se caracteriza por uno o más episodios de depresión mayor acompañados de al menos un episodio hipomaniaco pero sin episodios maníacos o mixtos.
- El trastorno bipolar II se diferencia del trastorno bipolar I principalmente por la presencia de un episodio de estado de ánimo hipomaniaco en lugar de un episodio de estado de ánimo maníaco.

4.46

## Criterios de Diagnóstico del Trastorno Bipolar II

- Episodio hipomaniaco.

## Criterios de Diagnóstico

4.47



## Ciclos Bipolares



- Los ciclos de manía y de depresión no son iguales; los ciclos varían desde minutos a semanas.
- Los momentos de sentirse "normales" se sitúan entre estos extremos.
- El trastorno bipolar suele describirse como una montaña rusa que dura toda la vida.

4.49

## Los Trastornos Bipolares y los TUS

- Más de la mitad de las personas que sufren trastorno bipolar también experimentan TUS.
- El consumo de drogas y de alcohol contribuye a:
  - ▢ Volver más extrema tanto la manía como la depresión.
  - ▢ Resistencia al tratamiento.
  - ▢ Resultados del tratamiento menos efectivos.

Fuente: Sonne, S. C., & Brady, K. T. (2002). *Bipolar disorder and alcoholism*. Obtenido en julio, 2011, de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/103-108.htm>

4.50



- La intoxicación aguda y la abstinencia de drogas o de alcohol pueden asemejarse al trastorno bipolar.
- La marihuana, el alcohol, los sedantes y los opioides podrían disminuir temporalmente los cambios de humor.
- Los estimulantes como la cocaína pueden empeorar los síntomas maníacos o los síntomas depresivos y pueden desencadenar estados maníacos.
- Si los síntomas de manía o de depresión persisten después de la desintoxicación, entonces es probable que se trate de un trastorno del estado de ánimo.

4.51

## Sugerencias para los/las Terapeutas:

- Estar atentos(as) a los signos de trastornos del estado de ánimo en personas usuarias que no están diagnosticadas.
- Estar preparados(as) para derivar a las personas usuarias cuando sea necesario.
- Analizar con las personas usuarias la interrelación entre los trastornos del estado de ánimo y los TUS.
- Estar atentos(as) a indicadores de suicidalidad, particularmente durante la etapa inicial de la recuperación.

4.52

## Síntesis del Día 1

- Mañana:
  - Ejercicio en grupos pequeños: los trastornos del estado de ánimo.
  - Trastornos de ansiedad.
  - Trastornos psicóticos.
  - Trastornos de la personalidad.
  - Trastornos que normalmente son diagnosticados por primera vez en la infancia, la niñez o la adolescencia.

4.53



## Ejercicio en grupos pequeños: Estudio de caso, Trastorno de Depresión Mayor y Trastorno Bipolar

- Lean el estudio de caso, Página de Apoyo 4.7.
- Como grupo, respondan las siguientes preguntas:
  - ¿Qué síntomas indicarían que esta persona con un TUS también tiene un trastorno mental?
  - En su opinión, ¿qué trastorno está mostrando esta persona usuaria?
  - ¿Qué intervenciones habrían escogido para evitar que esta persona usuaria intentara suicidarse?

4.55

## Importante

- Siempre deben preguntar a una persona usuaria que crean podría tener un trastorno de estado de ánimo si él o ella ha estado pensando en el suicidio.
- Ese tipo de preguntas NO aumenta la probabilidad de suicidio.
- Es más probable que las personas usuarias se sientan aliviadas de que se haya planteado el tema.

4.56

- Constatar si la persona usuaria informa beber alcohol o tomar analgésicos.
  - El alcohol deteriora la capacidad de discernimiento y deprime funciones cerebrales y del organismo.
  - Combinar sustancias aumenta el riesgo de suicidio o de sobredosis accidental.

4.57

## Aspectos Positivos de la Ansiedad

- Todos(as) experimentamos ansiedad y estrés.
- La ansiedad en realidad puede ser de ayuda para:
- Motivarnos para lidiar con los problemas.
  - Motivarnos para prepararnos para un acontecimiento.
  - Preparar a nuestro organismo para que responda a una situación de peligro.

4.58

## La Ansiedad es un Problema

- Cuando interfiere con nuestro funcionamiento diario:
  - En el trabajo o lugar de estudios.
  - En la comunidad.
  - En el hogar.



4.59

■ Cuando la ansiedad está presente todo el tiempo, causa efectos perjudiciales en:

- 4.60

## La Ansiedad es Perjudicial

- Cuando causa excesiva preocupación.
- Cuando se produce:
  - Durante un largo período.
  - En situaciones estresantes que están fuera de nuestro control.

4.61

## Prevalencia de los Trastornos de Ansiedad

- Los trastornos de ansiedad afectaban a un 3.6% de la población global en el año 2015.

Fuente: World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4.62



## 4.63

## Trastorno de Pánico

- Se caracteriza por ataques de pánico inesperados y recurrentes.
- Momentos de intenso miedo o malestar que se producen cuando no existe un peligro real.

4.64

## Trastorno de Pánico

### Criterios de Diagnóstico

4.65

## Ataque de Pánico

- Ciertas sustancias (como la cafeína u otros estimulantes) pueden desencadenar un ataque de pánico imitando los síntomas y generando miedo.



4.66

## Progresión del Ataque de Pánico

- Habitualmente comienza de manera repentina.
- Alcanza su punto máximo rápidamente, generalmente en 10 minutos o menos.
- Acompañado de una intensa sensación de peligro, de fatalidad, o de enloquecimiento.
- Podría incluir el impulso de huir del lugar del ataque.

4.67

## Trastorno de Pánico

### Estudio de Caso: **Martina**

4.68

## 4.69

## Trastorno de Ansiedad Social

### Criterios de Diagnóstico

4.70

## Trastorno de Ansiedad Social

### Estudio de Caso: Mateo

4.71

### Datos acerca de la Fobia Social

- Se estima que se produce en algún momento en el 3 al 13% de la población.
- Las mujeres corren un riesgo ligeramente mayor que los hombres.
- Se produce en las familias.
- Podría comenzar inmediatamente después de una situación estresante.
- Frecuentemente continúa durante toda la vida.

Fuente: Moore, K., Matthews, C., Hunt, W. M., Pape, B. S., Fox, M., & Mueser, K. (2002). *Co-occurring disorders treatment manual*. Tampa, FL: University of South Florida Department of Mental Health Law & Policy, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.

4.72

## Elementos Esenciales del Trastorno de Ansiedad Generalizada

- Ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva) que la persona encuentra difícil de controlar.
- Esta ansiedad podría centrarse en una serie de acontecimientos o actividades (tales como el desempeño en los estudios o en el trabajo).

4.73

## Trastorno de Ansiedad Generalizada

### Criterios de Diagnóstico

4.74



## 4.75

## Trastorno de Ansiedad Generalizada

### Estudio de Caso: Felipe

4.76

## Relación entre los TUS y los Trastornos de Ansiedad

- Sustancias como la cocaína y las anfetaminas pueden llevar la ansiedad a niveles perjudiciales.
- El abuso de medicamentos ansiolíticos, principalmente benzodiacepinas, suele ser el resultado de una prescripción para un trastorno de ansiedad:
  - ▣ Se reduce la ansiedad, pero el medicamento es altamente adictivo.
  - ▣ Los síntomas de la abstinencia se asemejan a los síntomas de la ansiedad, lo que lleva al uso continuado.
  - ▣ Los síntomas paradójicos son comunes en el abuso de benzodiacepinas.
  - ▣ La ansiedad y la agresividad pueden aumentar.

4.77

- Otras sustancias, como la marihuana, pueden reducir la ansiedad hasta el punto de disminuir la motivación de una persona para desempeñar sus actividades normales.
- A veces, las personas consumen sustancias para prevenir futuros ataques de ansiedad o para bloquear recuerdos traumáticos.
- Otras podrían usar sustancias para ayudar a "aliviar" una situación que les provoca ansiedad.

4.78

## Cosas que es Necesario Recordar acerca de la Ansiedad

- La abstinencia de depresores, opioides y estimulantes suele provocar fuertes síntomas de ansiedad.
- Los problemas médicos y los medicamentos pueden producir síntomas de ansiedad.
- Las personas con TUS y trastornos de ansiedad co-ocurrentes suelen usar una variedad de sustancias.

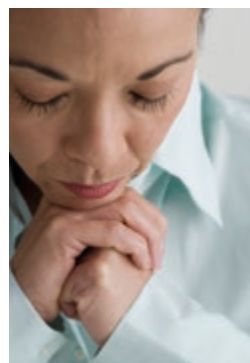
4.79

## Cosas que es Necesario Recordar acerca de la Ansiedad (Cont.)

- El uso de sustancias es más una causa de los síntomas de ansiedad que una cura para esos síntomas.
- Debido a que los síntomas de ansiedad podrían ser el resultado de los TUS y no de un trastorno mental subyacente, la evaluación continua es esencial.

4.80

- La depresión y la ansiedad pueden verse similares.
- El/la terapeuta debe preguntarse:
  - ▣ ¿Se trata de una expresión común de ansiedad?
  - ▣ ¿La ansiedad de la persona usuaria se asocia a otro trastorno mental, condición médica, efecto secundario de algún medicamento, o cambio inducido por sustancias?



4.81

## Cosas que es Necesario Recordar acerca de la Ansiedad (Cont.)

- Las sensibilidades especiales de las personas que experimentan ansiedad, en particular la ansiedad social.
- La consejería grupal podría ser inadecuada.
- Las personas usuarias que se exponen a situaciones que provocan ansiedad podrían requerir ayuda especial para desarrollar planes de afrontamiento para evitar recaídas.

4.82

## Estudio de caso: Trastornos de Ansiedad

- Leer el estudio de caso de la Página de Apoyo 4.16.
- Como grupo, contestar las siguientes preguntas:
  - ¿Qué síntomas indicarían que esta persona con un TUS tiene también un trastorno de ansiedad?
  - ¿Qué trastorno de ansiedad es más probable que padezca esta persona usuaria?
  - ¿Qué intervenciones podrían haber intentado para evitar que esta persona usuaria abandonara el tratamiento?

4.83

- ¿Qué están haciendo sus programas para abordar las necesidades de las personas con trastornos depresivos y de ansiedad?
- En su opinión, ¿qué podrían hacer sus programas para atender de manera más efectiva las necesidades de las personas con TUS y con trastornos depresivos o de ansiedad?

4.84

## Almuerzo 60 minutos

4.85

### Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

- Involucra la exposición a un evento traumático o estresante.
- Anteriormente se consideraba como un trastorno de ansiedad.
- Entre los trastornos específicos se incluye el Trastorno de Estrés Agudo y el Trastorno de Estrés Postraumático.

<http://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-stressor-relateddisorders/overview-of-trauma-and-stressor-related-disorders>  
Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, et al : Classification of trauma and stress-related disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 28:737–49, 2011

4.86



- La persona ha estado expuesta a algún tipo de evento traumático.
- El evento es re-experimentado en forma repetida a través de:
  - Recordar el evento o incluso que el recuerdo del evento sea desencadenado por olores o sonidos del mismo.
  - Soñar con el evento.
  - Actuar o sentir como si el trauma estuviera ocurriendo nuevamente.
  - Sentir intensa angustia psicológica o malestar físico al recordar el evento.

**TEPT**

## **Criterios de Diagnóstico**

4.88

**TEPT**

## **Estudio de Caso: Pablo**

4.89

- Sentimiento de desapego de los demás.
- Incapacidad de recordar el suceso.
- Sentimiento de fatalidad sobre el futuro.
- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad o arrebatos de ira
- Sensación de estado de alerta, con una respuesta de sobresalto exagerada.

4.90

## Inicio del TEPT

- El TEPT puede ocurrir:
  - A cualquier edad.
  - A cualquier persona que experimente un trauma severo.
- Tanto la gravedad como la duración del trauma son factores críticos para el desarrollo de un TEPT.

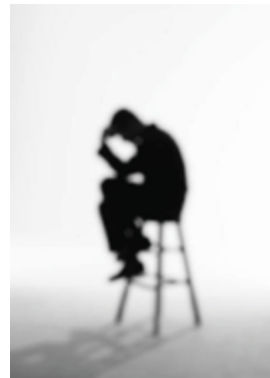
4.91

## El TEPT y los Trastornos por Uso de Sustancias

- Aproximadamente la mitad de los individuos que buscan tratamiento para el TUS cumplen con los criterios actuales para un TEPT.
- Las personas con un TUS y un TEPT co-ocurrentes tienden a presentar peores resultados en el tratamiento.

4.92

- Los síntomas se centran en problemas del pensamiento y la percepción.



4.93

## Principales Características de los Trastornos Psicóticos

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Discurso desorganizado.
- Comportamiento extremadamente desorganizado o catatónico.

Fuente: American Psychiatric Association (2013). Diagnostic Statistical manual of mental Disorders (5th ed.) Washington D.C.: Author

4.94

## Esquizofrenia

- El tipo más común de trastorno psicótico.
- Definida como un trastorno cerebral crónico, grave y discapacitante.
- Se caracteriza por la desintegración de los procesos del pensamiento y de las respuestas emocionales.

4.95

## 4.96

## Síntomas Positivos

- Se encuentran en personas con esquizofrenia pero no en aquellas que no presentan el trastorno.
- Son positivos porque son pensamientos y sentimientos que “se suman” a lo que es normal que una persona piense y sienta.

4.97

## Síntomas Positivos (Cont.)

- Entre los síntomas positivos se incluyen:
  - Delirios.
  - Alucinaciones.
  - Pensamiento desorganizado (discurso).
  - Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

4.98



## 4.99

## Síntomas Negativos (Cont.)

- Entre los síntomas negativos se incluyen:
  - ▣ Falta de deseo o motivación para alcanzar metas.
  - ▣ Falta de habilidades sociales.
  - ▣ Falta de deseo de formar relaciones.
  - ▣ Embotamiento emocional.
  - ▣ Limitaciones en el pensamiento y en el discurso.
  - ▣ Expresión emotiva disminuida.
  - ▣ Abulia.

4.100

## Estadísticas relativas a la Esquizofrenia

- Inicio de los síntomas en la edad adulta joven:
  - ▣ Mitad de la veintena en los hombres.
  - ▣ Finales de la veintena en las mujeres.
- Prevalencia global a lo largo de la vida de alrededor del 0.5 – 1.5%.
- Los familiares directos tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollar esquizofrenia.

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.  
Large, M., Sharma, S., Compton, M., Slade, T., Nielsen, O., & McRim, F. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis. Archives (6), 555–561.

4.101

## Criterios de Diagnóstico

## Esquizofrenia

### Estudio de Caso: Santiago

4.103

## Co-ocurrencia

- 47% de las personas que sufren esquizofrenia también tienen un TUS.
- También son comunes los trastornos de ansiedad y de depresión mayor.

Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383–402. Obtenido en febrero 13, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2659306>

4.104

- Los trastornos de ansiedad, de depresión, y los TUS pueden complicar la esquizofrenia:
- La depresión puede empeorar los síntomas negativos de la esquizofrenia.
- Los ataques de pánico pueden impulsar delirios paranoides.
- El abuso de cannabis puede desencadenar o empeorar los síntomas positivos.

4.105

## Para Tener Presente Respecto a la Esquizofrenia

- Cuando no se trata, los síntomas positivos suelen hacer imposible que la persona se concentre.
- Incluso cuando se trata, los síntomas negativos de la esquizofrenia (que responden peor a la medicación que los síntomas positivos) podrían hacer difícil para la persona usuaria trabajar en un entorno grupal o asistir de forma constante al tratamiento.
- Lo que podría parecer resistencia o negación podría ser sólo la aparición de los síntomas negativos.

4.106

## Para Tener Presente Respecto a la Esquizofrenia (Cont.)



- Los efectos de las sustancias pueden imitar la esquizofrenia.
  - Cannabis.
  - LSD.
  - Ketamina.
  - DOM (STP)
  - DOB (Bromo-DMA)
  - Metanfetamina.

4.107

## 4.108

## Para Tener Presente Respecto a la Esquizofrenia (Cont.)

- La evaluación continua es necesaria para comprender cabalmente el papel de los TUS en la psicosis de una persona usuaria.
- Tanto las psicosis como los TUS tienden a ser trastornos crónicos con múltiples recaídas y remisiones, lo que apoya la necesidad de un tratamiento de largo plazo.

4.109

## El Manejo de Casos es Necesario para el Tratamiento de la Psicosis

- Las personas con trastornos mentales co-ocurrentes que involucran psicosis presentan vulnerabilidades relacionadas con:
  - ▣ Situación de calle o vivienda inestable.
  - ▣ Victimización.
  - ▣ Nutrición deficiente.
  - ▣ Recursos financieros inadecuados.

4.110



- Habitualmente son tratados por terapeutas de TUS.
- Rasgos de personalidad y patrones conductuales que:
  - Son duraderos o persistentes.
  - Son rígidos o inflexibles.
  - Son desadaptativos.
- Causan deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional.
- Provocan una angustia personal significativa.

## Los Síntomas son Evidentes en:

- Los pensamientos o las formas de mirar el mundo.
- Los pensamientos sobre sí mismos(as) o los demás.
- Las emociones — en relación con la adecuación, intensidad y rango.
- El funcionamiento interpersonal, incluyendo las relaciones y las habilidades interpersonales.
- El control de impulsos.

4.112

## Trastornos de la Personalidad: Grupo A

- Rasgos de comportamiento extraño o excéntrico:
  - Trastorno de la personalidad paranoide — un patrón de desconfianza y de sospecha de los motivos de los demás, catalogándolos como *malévolos* (que tienen o muestran mala voluntad o que desean el mal).
  - Trastorno de la personalidad esquizoide — distanciamiento de las relaciones sociales; y una gama restringida de la expresión emocional.
  - Trastorno de la personalidad esquizotípica — un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades (rarezas) del comportamiento.

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC: Author.

4.113

## 4.114

## Trastornos de la Personalidad: Grupo C

- Rasgos de comportamiento ansiosos o temerosos:
  - Trastorno de la personalidad evitativa — un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
  - Trastorno de la personalidad dependiente — un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado(a).
  - Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva — un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

4.115

## Trastorno General de la Personalidad

### Criterios de Diagnóstico

4.116

■ El trastorno de la personalidad antisocial y el trastorno de la personalidad límite son comunes entre las personas usuarias que ingresan a tratamiento de los TUS.

4.117

## Diferencias de Género

- En todo el mundo, se diagnostican 3 veces más hombres que mujeres con trastorno de la personalidad antisocial.
- Sucede lo contrario con el trastorno de la personalidad límite:
  - Se diagnostica una tasa más alta de mujeres que de hombres con este trastorno.

Fuente: World Health Organization. (n.d.). *Gender and women's mental health: Gender disparities and mental health—The facts*. Obtenido en febrero 28, 2011, de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en)

4.118

## Trastorno de la Personalidad Antisocial

### Criterios de Diagnóstico

4.119

## Trastorno de la Personalidad Antisocial

## Estudio de Caso: Marcus

4.120

## El Trastorno de la Personalidad Antisocial y la Violencia

- Al contrario de lo que muestran los medios de comunicación, la mayoría de las personas diagnosticadas con trastorno de la personalidad antisocial no son depredadores que utilizan la intimidación y la violencia para controlar a los demás y satisfacer sus propias necesidades.

4.121

## El Trastorno de la Personalidad Antisocial y los TUS

- A veces resulta difícil diferenciar el trastorno de la personalidad antisocial de los TUS.
- Las personas con TUS a menudo muestran un *comportamiento* antisocial que forma parte de su comportamiento de TUS.
  - Actividad ilícita para pagar la droga.
  - Deshonestidad y manipulación para proteger su uso de drogas.
  - Provocar daño emocional a otras personas.

4.122



## 4.123

## Sugerencias

- La construcción de una alianza terapéutica es clave para el éxito del tratamiento:
  - Evitar entrar en discusiones y luchas de poder.
  - Utilizar la empatía y la escucha activa.
  - Ser claro(a) sobre los límites.
  - Depender menos de los autoinformes de las personas en tratamiento y más en mediciones objetivas.



4.124

**Receso**  
**15 minutos**

4.125

- Tratada frecuentemente por los/las terapeutas de TUS.
- La característica esencial del trastorno de la personalidad límite es un patrón dominante de inestabilidad de:
  - Las relaciones interpersonales.
  - La autoimagen.
  - Las respuestas emocionales.



## Trastorno de la Personalidad Límite

### Criterios de Diagnóstico

4.127

## Idealización y Devaluación

- **Idealización:** Exagerar las cualidades positivas de los demás y no "ver" las cualidades negativas.
- **Devaluación:** Exagerar las cualidades negativas de los demás y no "ver" las cualidades positivas.

**Todo bien**

*versus*

**Todo mal**

4.128

# Trastorno de la Personalidad Límite

## Estudio de Caso: Valentina

4.129

## El Trastorno de la Personalidad Límite y los TUS

- Las personas con un *trastorno de la personalidad límite* podrían beber o usar diversas drogas para calmar la creciente sensación de tensión o de pérdida de control al comienzo de un episodio de crisis.
- Son muy susceptibles a la influencia de sus pares y podrían utilizar las mismas drogas de elección, vías de administración y frecuencia que sus pares.
- Podrían usar sustancias siguiendo patrones peculiares e impredecibles.

4.130

## El Trastorno de la Personalidad Límite y los TUS (Cont.)

- El uso de múltiples drogas es común y podría incluir alcohol y sedantes-hipnóticos como forma de automedicarse.
- Las personas usuarias podrían buscar múltiples fuentes de medicación, y una vez obtenidas las prescripciones, exigir su continuidad.

4.131

- Deberán leer el estudio de caso de la Página de Apoyo 4.24.
- Como grupo, deberán contestar las siguientes preguntas:
  - ¿Qué síntomas indicarían que esta persona con un TUS tiene también un trastorno de la personalidad?
  - En su opinión, ¿qué trastorno de la personalidad presenta esta persona?

4.132

## Visión General de la Sección

- Esta sección:
  - ▣ Describirá la forma en que los trastornos de la infancia se relacionan con los trastornos de la edad adulta.
  - ▣ Brindará una visión detallada de los trastornos por déficit de atención / hiperactividad (TDAH).

4.133

## Interrelación con los Trastornos de “Adultos”

- Muchas personas con trastornos de la “niñez” no son diagnosticadas hasta la edad adulta.
- Muchos trastornos de “adultos” tienen su inicio durante la niñez o la adolescencia.
- Un niño/niña puede ser diagnosticado(a) con un trastorno de “adulto” y viceversa.



American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

4.134



## 4.135

## La Intersección entre el TDAH, el Trastorno de Conducta y el Trastorno por Uso de Sustancias

- El TDAH y el trastorno de conducta son problemas importantes ya que las personas que padecen estos trastornos en la infancia tienen un riesgo elevado de desarrollar un trastorno por uso de sustancias.
- La impulsividad es una característica del TDAH y del trastorno de conducta y está relacionada con los problemas por uso de sustancias. Por lo tanto, las formas de disminuir la impulsividad en niños/niñas y adultos(as) puede constituir una parte importante del tratamiento de los trastornos por uso de sustancias.

Fuente: Erskine HE, Norman RE, Ferrari AJ, Chan GC, Copeland WE, Whiteford HA, Scott JG. Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Oct;55(10):841-50.  
Moeller, F. Gerard MD; Dougherty, Donald M. PhD Impulsivity and Substance Abuse: What Is the Connection?, *Addictive Disorders & Their Treatment*: May 2002 - Volume 1 - Issue 1 - p 3-10

4.136

## El TDAH a nivel mundial

- La prevalencia del TDAH parece ser al menos igual de alta en niños/niñas fuera de los EE.UU. como en niños/niñas en los de EE.UU.



Fuente: Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104–113.

4.137

## La Relación entre el TDAH y el Trastorno de Conducta

- Los niños/niñas con TDAH tienen un mayor riesgo de desarrollar posteriormente trastornos de la personalidad, incluido el Trastorno de la Personalidad Antisocial.
- Se ha postulado que el trastorno de conducta desempeña un papel mediador entre el TDAH y el desarrollo posterior de trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias.
- Sin embargo, los niños/niñas con TDAH con o sin trastorno de conducta co-ocurrente tienen un mayor riesgo de desarrollar posteriormente un trastorno de la personalidad antisocial.

Storebø OJ and Simonsen E. The Association Between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD). *Journal of Attention Disorders* 2016; 20(10): 815-824.

Tuithof M1, ten Have M, van den Brink W, Vollebergh W, de Graaf R. The role of conduct disorder in the association between ADHD and alcohol use (disorder). Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Drug Alcohol Depend.* 2012 Jun 1;123(1-3):115-21.

Zulauf CA, Sprich SE, Safren SA, Wilens TE. The Complicated Relationship Between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *Current psychiatry reports.* 2014;16(3):436. doi:10.1007/s11920-013-0436-6.

4.138

## El TDAH en la Edad Adulta

- Muchos adultos(as) continúan teniendo problemas asociados al TDAH.
- Con frecuencia, el trastorno no se reconoce hasta la edad adulta.

4.139

## TDAH

### Criterios de Diagnóstico

4.140

TDAH

# Estudio de Caso: Karin

4.141

## El TDAH y los TUS

- Mayor riesgo de TUS en jóvenes con TDAH no tratado.
- Aproximadamente 1/3 de los adultos(as) con TDAH tiene antecedentes de abuso o dependencia del alcohol.
- Un 20% tiene otros antecedentes de TUS, especialmente relacionados con marihuana.

Fuente: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Treatment Improvement Protocol 42. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

4.142

## El TDAH y el Tratamiento de los TUS

- El TDAH complica el tratamiento del abuso de sustancias debido a que la persona usuaria podría:
  - ▢ Presentar mayor dificultad para participar en el tratamiento.
  - ▢ Experimentar dificultades para aprender habilidades de abstinencia.
  - ▢ Presentar mayor riesgo de recaer en el uso de sustancias.
  - ▢ Presentar resultados menos exitosos en relación al tratamiento del uso de sustancias.

Fuente: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Treatment Improvement Protocol 42. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

4.143

- Estar atentos(as) a señales de un TDAH no diagnosticado.
- Aclarar repetidamente a la persona usuaria qué elementos de una pregunta está respondiendo y lo que todavía queda por responder.
- Eliminar del entorno el mayor número posible de estímulos distractores.

4.144

## Sugerencias para Apoyar a Personas con TDAH en Tratamiento de TUS (Cont.)

- Utilizar ayudas visuales y físicas para transmitir la información.
- Mantener una corta duración de las reuniones y disminuir la duración de los intercambios verbales.
- Fomentar el uso de herramientas organizativas (p. ej., diarios de actividades, horarios escritos y listas de tareas) para llevar un control de acontecimientos e información importante.

4.145

## Síntesis del Día 2

- Mañana.
  - ¡Terminaremos el Módulo 4!
  - Módulo 5, Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias.
  - Módulo 6, Trastornos Médicos Co-ocurrentes Comunes.
  - Ejercicio de Integración del Aprendizaje.

4.146





## Estudio de Caso: Trastornos de Inicio Temprano

- Lean el estudio de caso, Página de Apoyo 4.27.
- Como grupo, deberán contestar las siguientes preguntas:
  - ▣ ¿Qué síntomas indicarían que esta persona con un TUS también tiene un trastorno de la infancia/niñez/adolescencia?
  - ▣ En su opinión, ¿qué trastorno presenta esta persona usuaria?

4.148

## Discusión

- ¿Qué están haciendo sus programas para abordar las necesidades de personas usuarias con trastornos psicóticos y de la personalidad, y con trastornos como el TDAH?
- En su opinión, ¿qué podrían implementar sus programas para abordar de manera más efectiva las necesidades de personas con TUS con estos trastornos?

4.149



## **Página de Apoyo 4.1:**

### ***Cómo Hablar con las Personas en tratamiento sobre su Medicación***

---

Los problemas psiquiátricos no tratados son una causa común de fracaso en los programas de tratamiento de abuso de sustancias. El apoyo a las personas con enfermedades mentales para que continúen tomando sus medicamentos psiquiátricos puede mejorar significativamente los resultados del tratamiento de abuso de sustancias.

**Inicio.** Destinen de 5 a 10 minutos con las personas usuarias cada un cierto número de sesiones para:

- Recordarles que cuidar su salud mental les ayudará a prevenir una recaída.
- Preguntar la forma en que su medicamento psiquiátrico les está siendo útil.
- Reconocer que tomar una pastilla cada día es molesto.
- Reconocer que a todos los que toman medicamentos se les olvida tomarlo alguna vez.
- Preguntar “¿Cuántas dosis han olvidado tomar?” en lugar de “¿Se les ha olvidado tomar alguna dosis?”
- Preguntar si se sintieron diferentes o actuaron diferente en los días en que no se tomaron su medicamento.
- Preguntar si el olvido de tomar el medicamento estuvo relacionado con alguna recaída en el uso de sustancias.
- Sin emitir juicios, preguntar “¿Por qué se le olvidó tomar su medicamento? ¿Se le olvidó o eligió no tomarlo en ese momento?”

### ***Para las personas que olvidaron tomar su medicamento, pedirles considerar las siguientes estrategias:***

- Mantener el medicamento donde no se pueda olvidar: con el control remoto de la TV, cerca del refrigerador o pegado con cinta adhesiva al cepillo de dientes. Todos tenemos dos o tres cosas que hacemos cada día sin falta. Poner el medicamento en un lugar donde no lo puedan evitar al realizar esa actividad, pero siempre alejado de los niños.
- Sugerir que pongan una alarma para la hora en que deberían tomar su medicamento del día. Reajustar la alarma según sea necesario.
- Sugerir el uso de un pastillero: una cajita plástica con espacios donde tener los medicamentos para cada día de la semana. El pastillero actúa como recordatorio y ayuda a dar seguimiento a la ingesta del medicamento.

---

Mid-America Addiction Technology Transfer Center. (2014). BH Meds: Behavioral Health Medications. Obtenido en marzo 16, 2017, de [http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/5/BHMed\\_2014\\_033114.pdf](http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/5/BHMed_2014_033114.pdf)

**Para las personas en tratamiento que admiten que escogieron NO tomar su medicamento:**

- Reconocer que tienen derecho a NO usar ningún medicamento.
- Hacer énfasis en que se deben a sí mismos(as) asegurarse de que su decisión ha sido bien pensada. Es una decisión importante acerca de su salud personal y necesitan discutirlo con su médico tratante.
- Preguntar sus razones para decidir no tomar el medicamento.
- No aceptar “Simplemente no me gusta tomar pastillas”. Decirles que ustedes están seguros(as) de que ellos/ellas no tomarían tan importante decisión sin tener una razón.
- Ofrecer como ejemplos las razones por las que otras personas podrían elegir no tomar el medicamento. Por ejemplo, esas personas:
  - No creen que alguna vez lo necesitaron (nunca estuvieron mentalmente enfermos);
  - No creen que lo necesitan por más tiempo (ya están curados);
  - No les gustan los efectos secundarios;
  - Temen que el medicamento les pueda hacer mal;
  - Tienen dificultades con las objeciones o el ridículo de amistades y miembros de la familia; o
  - Sienten que tomar un medicamento significa que no están personalmente en control.
- Pasar a otros temas además de los medicamentos psiquiátricos. Preguntar qué apoyos o técnicas usan para ayudarse con las emociones y comportamientos cuando deciden no tomar el medicamento.

**Enfoque General:** El enfoque al hablar con las personas usuarias acerca del medicamento psiquiátrico es exactamente el mismo que cuando se habla acerca de sus decisiones de abuso de sustancias:

- Explorar los factores desencadenantes o las señales que condujeron al comportamiento no deseado (ya sea tomar drogas de abuso o no tomar los medicamentos psiquiátricos prescritos).
- Examinar por qué el comportamiento no deseado parecía una buena idea en ese momento.
- Examinar el resultado real de su decisión.
- Preguntar si su decisión les proporcionó lo que estaban buscando.
- Preparar estrategias con las personas en tratamiento acerca de lo que podrían hacer de forma diferente en el futuro.

## **Página de Apoyo 4.2:** **Trastorno Depresivo Mayor**

---

### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

**Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
  2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
  3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
  4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
  5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento, otro tratamiento) o de otra afección médica.
- D.** El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

### **Página de Apoyo 4.3:**

#### ***Estudio de Caso sobre el Trastorno Depresivo Mayor, Carmen***

**Carmen** es una mujer de 35 años con una historia de uso de drogas, sobre todo marihuana, utilizada principalmente para combatir la depresión. Ha informado que durante el último mes, antes de buscar tratamiento, su depresión ha empeorado y que, diariamente, tiene problemas para dormir, poco apetito y dificultades para concentrarse; describe su estado de ánimo como constantemente triste. Hizo una cita en la clínica con la esperanza de recibir medicamentos que la ayudaran a sentirse mejor. Se divorció hace 5 años (después de un matrimonio difícil de 5 años), no tiene hijos. Vive sola y trabaja como cajera en un supermercado. Durante el último mes, ha experimentado lo siguiente: ausencias al trabajo, dificultades para dormir, cansancio extremo y fatiga, ánimo deprimido e incapacidad de levantarse y empezar el día (expresa que su ánimo depresivo es más pronunciado por las mañanas). Otras quejas incluyen la falta de interés en socializar, fuertes sentimientos de culpa y pérdida de peso (afirma haber perdido unos 13 kilos durante los últimos 2 o 3 meses).

Carmen, hija única, fue criada por su madre, una madre soltera que se divorció del padre de Carmen cuando ésta tenía 8 años. Describe a su madre como deprimida la mayor parte del tiempo y supone que esa fue una de las principales razones por las que su padre la abandonó. Sin embargo, ella recuerda las poco frecuentes visitas con su padre como algunos de los recuerdos más entrañables de su infancia. Describe a su padre como tranquilo y cariñoso y recuerda haber esperado ansiosamente sus visitas porque la alejaban de un entorno familiar deprimente. Trágicamente, su padre murió en un accidente automovilístico cuando Carmen tenía 14 años. Dice que de niña estaba siempre triste, pero que fue después de la muerte de su padre cuando experimentó por primera vez la depresión. Entonces comenzó a consumir drogas con sus amigos(as) como una forma de “escapar de mí misma”. Durante su adolescencia siguió sintiéndose deprimida, en más de una ocasión pensó en el suicidio, y continuó usando drogas.

Carmen se fue de casa a los 18 años, consiguió un trabajo, hizo nuevos amigos(as) y empezó a sentirse mejor consigo misma. Siguió consumiendo drogas, sobre todo marihuana, y conoció a su futuro marido a través de amigos comunes cuando tenía unos 21 años. Ella lo describió en ese tiempo como “tranquilo y cariñoso” — muy parecido a su padre. Sin embargo, mirando hacia atrás, ahora se da cuenta de que sólo tenían una cosa en común: su deseo mutuo de drogarse. Se casaron cuando ella tenía 25 años, y en pocos años comenzaron a disminuir su consumo de drogas. Ella dice que fue entonces cuando se dio cuenta de que tenían muy poco en común. Poco a poco se fue deprimiendo más y más, y después de 5 años de matrimonio, su marido la dejó. Carmen dice que: “No pudo soportar mi mal humor”. Describe sus síntomas en aquel momento como muy parecidos a los que está experimentando actualmente y durante el último mes.

Dice que estos síntomas perduraron por “alrededor de un año” después de que su matrimonio terminara. Entonces buscó tratamiento, le dieron antidepresivos y empezó a sentirse mejor.

Actualmente, tiene pocos amigos(as), está preocupada por su trabajo debido a sus crecientes ausencias al trabajo, y casi no tiene contacto con nadie. Anteriormente recibió tratamiento para la depresión (como se mencionó más arriba), pero dejó de ver a su terapeuta una vez que empezó a sentirse mejor. Hace unos 2 años volvió a fumar marihuana “como una forma de afrontarla”, pero su depresión ha vuelto “y nada parece ayudar”.

En resumen, los síntomas que presenta son tristeza constante, insomnio, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito, falta de energía y aislamiento social. Estos síntomas han ocurrido durante al menos un mes. Tiene un historial de uso de marihuana para hacer frente a síntomas como estos, pero ahora afirma que ya no le ayuda.

## **Página de Apoyo 4.4:** *Trastorno Bipolar I: Episodio Maníaco*

---

### **Criterios de Diagnóstico**

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I es necesario que se cumplan los criterios siguientes de un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.

### **Episodio Maníaco**

- A.** Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).
- B.** Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o la actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:
  - 1.** Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
  - 2.** Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
  - 3.** Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
  - 4.** Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
  - 5.** Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
  - 6.** Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
  - 7.** Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C.** La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave como para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.
- D.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.



## Página de Apoyo 4.5:

### Estudio de Caso sobre el Trastorno Bipolar I, Carlos

**Carlos** es un hombre divorciado de 43 años a quien su hija de 21 años lo trajo hace poco a tratamiento porque estaba muy preocupada por su comportamiento reciente. Él está cesante, recientemente lo despidieron de su trabajo y tiene un historial de uso ocasional de sustancias. Cuando su hija lo trajo, planteó la sospecha de que él había estado en una juerga de cocaína porque 2 semanas antes de entrar al tratamiento casi no había dormido (unas 2 horas por la noche) ya que había estado fuera con sus amigos en fiestas casi todas las noches. Él negó el uso de drogas y el miembro del personal que lo ingresó a la clínica le hizo una prueba de drogas que indicó que estaba diciendo la verdad.

En una entrevista posterior con su hija, ella informa al/a la terapeuta que durante las últimas 2 semanas Carlos había estado de muy buen ánimo, comentándole a menudo lo bien que se estaba sintiendo. También había estado bastante activo, la mayor parte del tiempo visitando lotes de chatarra buscando partes para un automóvil viejo que había comprado. Dijo que tenía planes de trabajar en el automóvil para hacerlo funcionar. Su hija notó que eso era de lo único que hablaba: le mostraba un bosquejo de un plan para finalizar el proyecto y fotos de cómo se vería cuando lo terminara. Ella dice que él parece obsesionado con este proyecto, y está muy preocupada porque está gastando un dinero que no tiene para un deseo irreal de lograr algo que es improbable que complete. Su hija comenta que él ha hecho cosas similares en el pasado y que raramente llega a completarlas.

En una entrevista con Carlos, el/la terapeuta se entera de que se divorció de su esposa hace aproximadamente 5 años. Cuando se le pregunta acerca de su relación, Carlos menciona que había mucha tensión entre ellos porque él no podía retener un empleo por un período de tiempo significativo. Comenta que hace unos 10 años se deprimió, tenía problemas para dormir y había perdido el apetito. Parece que su depresión iba y venía, pero como resultado no era capaz de retener un empleo. Cuando se le preguntó acerca de la depresión, dijo que era intermitente y que incluía síntomas de tristeza, pérdida del apetito, insomnio y fatiga. Dijo que la fatiga ocasional era el principal problema para no poder retener un empleo.

Carlos comenta que eventualmente comenzó a sentirse mejor y que tenía arranques de energía, siempre estaba “listo” y tenía un nivel incrementado de autoconfianza. Fue en ese tiempo que su esposa lo dejó, quejándose de su constante cesantía—aún después de que Carlos había salido de su depresión. Cuando se le pregunta si la depresión experimentada era como la que había sufrido alrededor de 10 años atrás, señala que hace un año que experimentó síntomas similares a los del pasado y que no estaban relacionados con ningún evento o circunstancia de la vida. Cuando se le presiona más, admite haberse sentido deprimido la mayoría del tiempo durante unas 2 semanas, que perdió el interés en ver a otras personas o hacer algo fuera de su casa, perdió el apetito, no podía dormir y se sentía muy abatido.

Agrega que su nivel de autoestima estaba más bajo que nunca—aún más bajo que durante sus episodios de depresión anteriores.

Cuando se le pregunta acerca de su historia familiar, Carlos señala que su padre se fue cuando él tenía aproximadamente 10 años. Posteriormente, miembros de su familia le contaron que su papá había dejado a su mamá porque ella tenía serios problemas psiquiátricos. Carlos y su hermano menor terminaron viviendo con la hermana de su mamá y su esposo, porque su mamá entraba y salía de los hospitales la mayor parte del tiempo durante el resto de su niñez y adolescencia. Menciona que no tuvo mucha relación con su madre y que ya no está viva; murió de cáncer cuando Carlos tenía 20 años. Carlos experimentó algunos problemas

de adaptación al crecer, pero se graduó de la escuela secundaria y comenzó lo que pensó sería una carrera exitosa como mecánico automotriz. Lamentablemente, terminó saltando de un trabajo a otro durante la mayor parte de sus 20 y 30 años. No ha tenido un trabajo por aproximadamente un año (cuando experimentó la última depresión).

En resumen, sus síntomas de presentación son los de una persona que tiene una gran capacidad verbal, con un alto nivel de energía y una autoimagen muy positiva (a pesar de sus muchos fracasos laborales). También tiene una visión irreal con respecto a lo que puede lograr. Por otra parte, admite los síntomas de haber experimentado un episodio depresivo mayor aproximadamente un año antes de entrar a tratamiento.

## Página de Apoyo 4.6:

### Trastorno Bipolar II, Episodio Hipomaniaco

#### Criterios de Diagnóstico

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II es necesario que se cumplan los criterios siguientes de un episodio hipomaniaco actual o pasado y los criterios siguientes de un episodio de depresión mayor actual o pasado.

#### Episodio hipomaniaco

- A.** Un período bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura como mínimo cuatro días consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
- B.** Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y la actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:
  - 1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
  - 2. Disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
  - 3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
  - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
  - 5. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
  - 6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin un propósito y no dirigida a un objetivo).
  - 7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. ej., dedicarse de forma desenfadada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C.** El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D.** La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.
- E.** El episodio no es suficientemente grave como para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maniaco.
- F.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento), o a otra afección médica.

## **Página de Apoyo 4.7:**

### *Ejercicio en Grupos Pequeños, Estudio de Caso — Trastornos del Estado de Ánimo*

---

**Ángela** es una trabajadora del sexo de 25 años que ha estado en el comercio sexual desde que tenía 16. Su mamá también era una trabajadora del sexo y murió de SIDA hace un año, a la edad de 42 años.

Comenzó a usar marihuana y a beber a la edad de 12 años. Con los años, ha usado una variedad de drogas. Cuando tenía 20 años, pasó 6 meses en un centro de rehabilitación, pero sólo logró mantenerse en recuperación 9 meses. Mientras estuvo en tratamiento y recuperación, Ángela trató de cambiar su vida, pero no pudo encontrar un empleo que durara lo suficiente. Comenta que comenzaba a ver a sus antiguos clientes y a usar drogas cada vez que perdía un trabajo. Hace 4 años, comenzó a inyectarse heroína. Afirma que lo hace porque el trabajo del sexo es demasiado difícil a menos que esté drogada.

Ángela acude ocasionalmente a un centro de acogida para TUS. Le ha comentado a un trabajador(a) del centro que se siente “cansada y vieja” y que quiere dejar el trabajo sexual. Sin embargo, no confía plenamente en el personal o en los voluntarios(as) del centro de acogida y se siente desesperada.

Ángela perdió un trabajo que tenía como mesera hace un mes y regresó a recorrer las calles. Actualmente no tiene donde vivir, se queda con clientes o con otros trabajadores(as) del sexo cuando puede. Dice que a menudo se queda con quien le dé heroína o un lugar donde dormir.

Ángela acudió al centro de acogida la semana pasada y le comentó al/a la terapeuta de TUS que no había estado durmiendo, que había estado comiendo muy mal y que gran parte del tiempo que no estaba con clientes, lo pasaba llorando y pensando en drogarse. Afirma que la semana anterior la golpearon y la violaron. El trabajador(a) del centro notó que todavía tenía unos grandes hematomas en su cara y en sus brazos.

También le informó al/a la terapeuta que ha estado tomando analgésicos que “pide prestados” a un amigo que tiene un problema de espalda recurrente, lo cual se ha agregado a sus problemas. El/la terapeuta también sintió olor a alcohol en su aliento.

El/la terapeuta habló con Ángela acerca de regresar al tratamiento de TUS, pero Ángela respondió que no veía cómo le ayudaría porque su vida estaba tan “irremediablemente arruinada”. Estuvo de acuerdo en regresar 2 días después para hablar más acerca del tratamiento. El/la terapeuta le dijo que había hecho lo correcto acudiendo al centro y le dio aliento respecto a su capacidad para dejar la heroína y salir del negocio del sexo.

Ángela no llega a su próxima cita. Cuando el/la terapeuta llama al número donde ella se estaba quedando la última vez, un hombre le informa que Ángela había tratado de quitarse la vida después de salir del centro de acogida. Había tomado una sobredosis de opioides (analgésicos), pero el hombre la había llevado a emergencias y Ángela se está recuperando en el hospital.

## Página de Apoyo 4.8:

### Trastorno de Pánico

#### Criterios de Diagnóstico

- A.** Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

**Nota:** La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
12. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
13. Miedo a morir.

**Nota:** Se pueden observar síntomas específicos de la cultura (p. ej., acúfenos, dolor de cuello, dolor de cabeza, gritos o llanto incontrolable). Estos síntomas no cuentan como uno de los cuatro síntomas requeridos.

- B.** Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno o los dos hechos siguientes:
1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”).
  2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).
- C.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
- D.** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

## **Página de Apoyo 4.9:**

### ***Estudio de Caso sobre el Trastorno de Pánico, Martina***

**Martina** es una mujer soltera de 25 años de edad que trabaja para una compañía de seguros y que fue derivada por su doctor a un programa de tratamiento de trastornos mentales para buscar ayuda para lo que él describió como “ataques de pánico”. Martina acudió a su doctor porque “mi corazón estaba latiendo tan rápido que pensé que iba a tener un ataque al corazón”. Aunque había experimentado ataques similares en el pasado, no fueron tan graves como este u otros que había experimentado en el último año. Cuando experimentó un ataque hace aproximadamente un año, lo atribuyó a un día estresante y al trabajo; pero después de que los ataques se volvieron cada vez más frecuentes y más intensos, decidió buscar ayuda. Con la debida autorización firmada, el/la terapeuta obtuvo más información de parte del doctor de Martina, quien descartó cualquier condición médica que pudiera haber sido responsable de los ataques; aseguró que Martina presentaba buena salud física y recomendó psicoterapia y una evaluación de medicamentos por parte de un(a) psiquiatra.

Cuando se le pidió que describiera sus ataques, Martina informó que podían ocurrir en cualquier momento del día y que el último que había experimentado ocurrió a media noche, y la asustó lo suficiente como para llamar al médico. Manifiesta que los ataques “aparecen de la nada” e incluyen latidos extremadamente rápidos, temblores, sudoración, dolores en el pecho con dificultad para respirar y aturdimiento. Martina expresa mucha preocupación acerca de lo que esto podría significar y cómo esto podría afectar su vida futura. Agrega que cuando se producen los ataques, tiene un enorme temor de perder el control e incluso de morir.

Cuando se le pregunta acerca de su historial familiar, Martina indica que tuvo una niñez normal y poco notable, fue una buena estudiante y fue la primera en su familia en ir a la universidad. Nadie en su familia inmediata ha sido diagnosticado o tratado por un trastorno por uso de sustancias o por trastornos mentales. Al preguntarle acerca de su primer ataque de pánico, ella menciona que ocurrió cuando estaba en la universidad justo antes de los exámenes finales al final de su primer año. Aunque los síntomas fueron intensos, el ataque fue breve y no buscó ayuda profesional ni le contó a nadie lo que había experimentado. Simplemente atribuyó el ataque de pánico al estrés de los exámenes finales. Experimentó los síntomas otras cuantas veces durante su segundo año en la universidad pero al final de su segundo año dejó sus estudios, principalmente por problemas financieros.

También informa que los ataques de pánico la llevaron a creer que la universidad era demasiado estresante y esto influyó en que no regresara a la universidad. Sin embargo, en los 5 años desde que dejó la universidad, ha continuado experimentando ataques de pánico intermitentes.

Martina ha estado trabajando constantemente desde que dejó la universidad y menciona que en unas pocas ocasiones dejó de trabajar debido a la gravedad de los ataques.

Los describe como cada vez más intensos y totalmente inesperados porque pueden ocurrir en cualquier lugar o en cualquier momento: en la casa, en el trabajo, en su camino al trabajo y con amigos. Cuando se le pregunta acerca del alcohol y las drogas, admite haber fumado marihuana en la universidad y beber alcohol ocasionalmente. Menciona que bebía una copa de vino unas tres veces a la semana durante las comidas o con amigos(as).

En resumen, los síntomas que presenta son ataques de pánico intermitentes y cada vez más frecuentes, caracterizados por taquicardia, temblores, sudoración, dolores de pecho, dificultad para respirar y aturdimiento.

## Página de Apoyo 4.10:

### Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)

#### Criterios de Diagnóstico

- A.** Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

**Nota:** En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

- B.** El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).

- C.** Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.

**Nota:** En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o imposibilidad de hablar en situaciones sociales.

- D.** Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.

- E.** El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.

- F.** El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

- G.** El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

- H.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.

- I.** El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.

- J.** Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con esta o ser excesivos.



## **Página de Apoyo 4.11:**

### ***Estudio de Caso sobre el Trastorno de Ansiedad Social, Mateo***

---

**Mateo** es un maestro de escuela primaria de 34 años. Está casado, tiene dos hijos pequeños, y se presentó por iniciativa propia a terapia debido a ansiedad en el trabajo y en situaciones sociales. Se describió como extrovertido y amigable, pero agregó que trabajaba duro para ser extrovertido porque no es natural en él. Menciona que está agradecido de su esposa, a quien describió como extrovertida y segura de sí misma, por ayudarle a superar muchas de sus ansiedades, pero que últimamente su ansiedad ha empeorado. Hace notar que siempre ha estado ansioso en situaciones donde él es el centro de la atención, pero que últimamente su ansiedad en ciertas situaciones se ha vuelto más extrema. Menciona como ejemplo una presentación reciente frente a los padres de los niños a quienes enseña en la que su ansiedad lo llevó a no expresarse tan bien como él podría. De hecho, dijo, “Fue desastroso”. Cuando se le pregunta qué quiere decir con eso, dice que su corazón estaba “a mil por hora”, que estaba sudando “exageradamente”, que sentía náuseas y tenía mucho miedo de no poder terminar la presentación; afirma que pensó que iba a perder el control. Cuando se le pregunta por qué cree que reaccionó como lo hizo, su respuesta es que temía quedar en vergüenza; luego agrega, “y por último realmente logré quedar en vergüenza”.

Mateo menciona que desde el incidente, ha estado angustiado por su desempeño y por su tendencia a sentirse demasiado ansioso. Dice que en el salón de clase se siente bien con sus estudiantes, pero en las reuniones con los padres de familia y otros maestros y en eventos profesionales donde se espera que participe, se vuelve extremadamente temeroso de decir algo incorrecto y quedar mal. En estas situaciones, tiene miedo de ser juzgado por los demás. Mateo agrega que en la última reunión de padres y maestros mencionada anteriormente, se preocupó durante más de 2 semanas y luego, cuando la reunión ocurrió, sus temores se volvieron realidad porque estaba tan nervioso que falló en dar una presentación positiva a los padres de familia.

Mateo creció en una familia donde se esperaba que tuviera éxito. Tuvo un buen rendimiento escolar, pero en sus primeros años fue tímido y vergonzoso. También era atlético y disfrutaba participar en equipos deportivos tales como fútbol, pero debido a que era bueno para correr también participó en la pista, un deporte más individual. Menciona que al ir a un evento en la pista se ponía extremadamente ansioso y usualmente vomitaba en los vestidores antes del evento. Al preguntarle por qué pensaba que reaccionaba así, dijo que tenía miedo de no hacer un buen papel, tener un mal tiempo o peor, caerse en la pista. También, aunque era un buen estudiante, informa síntomas similares al tener un examen o dar una presentación frente a la clase. Agregó que esto último a menudo era precedido por episodios de diarrea.

Socialmente, Mateo siempre ha tenido amigos, pero informa que es más un seguidor y que raramente inicia las amistades. Menciona que tuvo citas en la universidad, pero siempre sintió que estaba siendo juzgado por las mujeres con las que salía. Nunca estuvo en una relación seria hasta que conoció a su esposa cuando tenía 25 años. La describe como mucho más extrovertida que él. Menciona que ella buscó la relación y que él fácilmente se dejó llevar por ella. Agrega que fue la primera vez que se sintió cómodo en una relación con una mujer.

Cuando se le pregunta si bebe o usa sustancias, admite que ocasionalmente bebe “un poco de más” cuando asiste a un evento social. Dijo que a menudo es “arrastrado” por su esposa a las fiestas u otros eventos sociales y termina bebiendo para calmar su ansiedad; menciona que disfruta más los eventos sociales cuando bebe. También admite que ocasionalmente toma tranquilizantes (se los da su esposa) para sentirse más cómodo cuando está socializando.



Para resumir, los síntomas que presenta son nerviosismo, problemas gastrointestinales, sudoración y un miedo general de verse mal o avergonzarse a sí mismo en situaciones sociales o relacionadas con el trabajo. También experimentó un ataque de pánico reciente caracterizado por pulso acelerado, sudoración, náusea y miedo a perder el control. Ha usado alcohol y depresores del sistema nervioso central (SNC) para tratar su ansiedad, pero no parece ser físicamente dependiente de ninguno de ellos. Se justifica una evaluación exhaustiva de drogas y alcohol para descartar la dependencia y determinar su nivel de abuso, si lo hubiera.

## **Página de Apoyo 4.12:**

### **Trastorno de Ansiedad Generalizada**

---

#### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B.** Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C.** La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

**Nota:** En los niños solamente se requiere un ítem.

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
  2. Facilidad para fatigarse.
  3. Dificultad para concentrarse, o quedarse con la mente en blanco.
  4. Irritabilidad.
  5. Tensión muscular.
  6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
  - E.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
  - F.** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación por tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

## **Página de Apoyo 4.13:**

### ***Estudio de Caso sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada, Felipe***

**Felipe** es un hombre de 30 años que fue derivado a tratamiento por su empleador, quien sospecha que Felipe tiene un problema con la bebida. Antes de derivarlo, su jefe llama e informa al/a la terapeuta que su razón de sospechar un problema de bebida es que Felipe ha estado faltando al trabajo, ha estado irritable con los demás, tiene dificultad para concentrarse y últimamente ha parecido extremadamente cansado durante las horas laborales.

Cuando Felipe acude a su entrevista, parece muy nervioso e inquieto y tiene mucha dificultad para mantenerse sentado y quieto. También se muestra defensivo acerca del supuesto problema de bebida, pero concuerda en que ha faltado mucho al trabajo últimamente y que tiene dificultades para dormir. También señala que ha tenido dificultad para concentrarse en el trabajo, está cansado la mayor parte del día, ha experimentado mucha tensión muscular y ha tenido dificultad para relajarse cuando no está en el trabajo.

Felipe admite que ha estado “tomando unas pastillas” que un amigo le dio y tomando un trago o dos al día, pero solamente como una forma de ayudar a relajarse después del trabajo. Menciona que uno de sus problemas más graves y quizás la razón de todo lo que está sucediendo es que se preocupa todo el tiempo. Está casado, tiene tres hijos y dice que en los últimos 18 meses o algo así ha estado preocupado por conservar su trabajo y mantener a su familia. Esto ha causado estrés en su matrimonio y él y su esposa han estado discutiendo, a menudo peleando en presencia de sus hijos. Ahora que su jefe está involucrado, se preocupa aún más. Cuando se le pregunta qué fue primero, los síntomas que mencionó (insomnio, tensión muscular, dificultad para concentrarse) o la bebida, contesta que los síntomas existían antes de la bebida—que son desde hace casi 2 años y que la bebida ha ocurrido solamente en los últimos 6 meses.

Felipe informa que, aunque esta es la primera vez que acude a un(a) terapeuta, ha visto a otros profesionales médicos en el último año en sus intentos por averiguar qué le pasa. Vio al médico de la familia para obtener los resultados de un examen general de sangre, a un neurólogo por su insomnio y a un quiropráctico para su tensión muscular. Menciona que el examen de sangre salió negativo, no hay nada malo neurológicamente que esté causando su alteración del sueño y las visitas al quiropráctico solo resultaron en un alivio temporal.

Mientras tanto, Felipe parece inmerso en la preocupación. Se preocupa por saber si efectivamente será capaz de mantener a su familia, se preocupa por problemas financieros y laborales y se preocupa por los muchos síntomas y posibles problemas físicos que pudiera estar teniendo.

Se hace evidente que Felipe está teniendo dificultades para impedir que su preocupación interfiera con la atención a las mismas cosas por las que se está preocupando y que está teniendo mucha dificultad para detener la preocupación.

Para resumir, los síntomas que presenta son ansiedad excesiva (con la falta de control de su ansiedad y preocupación), junto con los síntomas que están causando molestia significativa en su trabajo y funcionamiento familiar.

## **Página de Apoyo 4.14:**

*Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). En el DSM-5, el TEPT se clasifica bajo la categoría de Trastornos Relacionados con Traumas y Factores de Estrés*

### **Criterios de Diagnóstico**

**Nota:** Los criterios siguientes se aplican a adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años.

**A.** Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros.
3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

**Nota:** El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

**B.** Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).

**Nota:** En los niños mayores de 6 años, se pueden producir juegos repetitivos en los que se expresen temas o aspectos del suceso(s) traumático(s).

2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).

**Nota:** En los niños, pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.

3. Reacciones disociativas (p. ej., reviviscencias o flashbacks) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)

**Nota:** En los niños, la representación específica del trauma puede tener lugar en el juego.

4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

**C.** Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
  2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
- D.** Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
  2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”).
  3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
  4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
  5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
  6. Sentimiento de desapego o de distanciamiento de los demás.
  7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., incapacidad de experimentar felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).
- E.** Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
  2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
  3. Hipervigilancia.
  4. Respuesta de sobresalto exagerada.
  5. Problemas de concentración.
  6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
- F.** La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G.** La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

## **Página de Apoyo 4.15:**

### ***Estudio de Caso sobre el Trastorno de Estrés Postraumático, Pablo***

---

**Pablo** es un hombre de 25 años que se ha vuelto dependiente de depresores del SNC, en su mayoría medicamentos por prescripción (benzodiazepinas y otros tranquilizantes), que ha recibido de amigos o comprado en la calle. El estrés marital precipitó su ingreso a tratamiento; inicialmente presenta un alto nivel de ansiedad ya que parece inquieto e incapaz de mantenerse sentado y quieto. Otras quejas incluyen sentimientos de ineffectividad, vergüenza, desesperanza, aislamiento social y sentirse bajo constante amenaza. También se queja de problemas somáticos y parece muy temeroso respecto a ideaciones paranoides, ya que expresa su desconfianza hacia cualquier persona que parezca estar en una posición de autoridad.

Cuando niño Pablo vivía con sus padres en Rwanda y fue testigo de muchas atrocidades, incluyendo la muerte de varios vecinos y el arresto de sus padres, a quienes no ha visto desde entonces y presume que están muertos. Escapó de Rwanda en 1994 con la ayuda de un tío. Ha estado casado durante 3 años. Tenía 8 años cuando salió de Rwanda y fue criado por un familiar en el país donde está recibiendo tratamiento. Permanece estoico cuando se le pregunta acerca de su vida antes de la edad de 8 años, mostrando una fuerte evitación a referirse a los acontecimientos de su pasado que parecen estar asociados a sus dificultades actuales. Aunque dice sentir culpa y vergüenza por haber sobrevivido cuando muchos otros fueron asesinados, muestra poca emoción. Sus síntomas parecen haber tenido un efecto negativo en su matrimonio.

La información recolectada de parte de su esposa incluye una dependencia cada vez mayor de las drogas, que ella afirma que se ha precipitado por la depresión, el insomnio y lo que parecen ser recuerdos ocasionales pero vívidos de su niñez—algo de lo que él se ha negado a hablar con ella. Su esposa describe otros síntomas que incluyen dificultad para concentrarse, arrebatos de ira ocasionales y expresiones de culpa y paranoia.

El trabajo de Pablo se ha visto muy afectado por sus síntomas debido a la dificultad para concentrarse y a la tensión en sus relaciones con sus compañeros(as) de trabajo. También se ha apartado de las actividades sociales y se ha aislado de los demás, creando así muchos problemas en las relaciones sociales, incluyendo con aquellos que una vez fueron amistades cercanas. Durante el último año, Pablo ha experimentado estos síntomas, y se pone ansioso y a veces temeroso, especialmente cuando se cruza con grupos de jóvenes mientras camina por la calle.

Pablo describe una situación que precipitó los síntomas, que se volvieron particularmente intensos, cuando estaba trabajando en su patio y un grupo de adolescentes ruidosos y algo estridentes parecían dirigirse hacia su casa.

El incidente parece haber llevado a una reviviscencia o flashback ya que Pablo volvió a experimentar los síntomas de los trágicos eventos de su niñez y la reacción fue correr y esconderse detrás de su casa. Las reviviscencias o flashbacks parecen estar ocurriendo con más frecuencia.

En resumen, los síntomas que presenta Pablo son ansiedad, falta de emoción, insomnio, dificultad para concentrarse, arrebatos de ira ocasionales, reviviscencias o flashbacks, culpa, aislamiento social e ideaciones paranoides. Comenzó a usar tranquilizantes que le dio un amigo para tratar estos síntomas, pero el uso de sustancias se ha vuelto problemático ahora, ya que tiene un constante deseo de consumirlas.

## **Página de Apoyo 4.16:**

### ***Ejercicio en grupos pequeños, Estudio de Caso — Trastornos de Ansiedad***

**Jorge** tiene 23 años y no está casado. Su mamá lo crió después de que su padre abandonó a la familia cuando Jorge tenía 12 años. Tiene una hermana mayor y dos hermanos menores. Jorge está viviendo actualmente con su mamá. Comenzó estudios universitarios pero los dejó durante el primer mes; le dijo a su madre que simplemente no podía manejar el estrés. Ha estado trabajando como vigilante nocturno durante los últimos 3 años. Le gusta su trabajo porque dice que “nadie se mete conmigo”.

Jorge ha estado fumando marihuana diariamente desde que tenía 13 años. Recientemente, ha sido sorprendido varias veces durmiendo en el trabajo. Este es un comportamiento nuevo y su jefe ha tratado de hablar con él acerca de ello, pero Jorge solo dice “No sucederá de nuevo, lo prometo”. Su jefe le ha dicho que si sucede una vez más va a ser despedido. El jefe es amigo de la madre de Jorge y le comunicó su preocupación por Jorge.

La madre de Jorge también ha estado preocupada por él. En la escuela secundaria Jorge siempre pareció solitario y tuvo pocos amigos. Nunca ha tenido novia, aunque es inteligente y atractivo. Su mamá lo describe frente a sus amistades como “mi muchacho sensible”. Ahora, sin embargo, parece estar aún más apartado; pasando mucho tiempo solo en su habitación. Nunca quiere ir a ninguna parte, aun cuando sus hermanos lo animan a venir con ellos cuando salen. Hace una semana, la mamá de Jorge estaba limpiando su habitación y encontró una bolsa con pastillas de varios colores. Cuando encaró a Jorge, él le dijo que eran tranquilizantes que necesita para “controlarse”. Luego de más conversaciones al respecto, ella se da cuenta de que Jorge ha estado comprando una amplia variedad de tranquilizantes y sedantes en la calle y tomando dosis cada vez más altas. Jorge reconoce que necesita ayuda porque algunas veces toma demasiadas y se duerme en el trabajo. Ella está de acuerdo con que él necesita tratamiento y lo acompaña al centro local de tratamiento de trastornos de abuso de sustancias.

La consejera en el centro advierte que Jorge está tembloroso y nervioso y asume que está comenzando a dejar las sustancias. Habla con él acerca del programa y lo agenda para comenzar una consejería de grupo. Jorge parece alarmado y le dice que no quiere hacer consejería de grupo. “¿No me puede ver individualmente?” pregunta. La consejera le asegura que le va a gustar la consejería de grupo y que va a estar bien. Jorge asiste a las primeras dos sesiones de grupo. Habla solamente cuando se le hace una pregunta directa y solo lo mínimo. Tiende a empujar gradualmente su silla fuera del grupo. Durante su segunda sesión, el/la terapeuta del grupo lo desafía a participar más diciendo “Sólo obtendrás de la consejería lo que pongas en ella”.

Jorge no regresa al programa. No le dice inmediatamente a su mamá que lo dejó, pero cuando ella se da cuenta, él le dice que “no lo puedo manejar” y que está seguro de que puede dejar las drogas por sí solo.

## **Página de Apoyo 4.17:** **Esquizofrenia**

---

### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):
  - 1.** Delirios.
  - 2.** Alucinaciones.
  - 3.** Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
  - 4.** Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
  - 5.** Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B.** Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C.** Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D.** Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E.** El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F.** Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito) a 4 meses (actual y severa).



## **Página de Apoyo 4.18:**

### ***Estudio de Caso sobre la Esquizofrenia, Santiago***

**Santiago** es un hombre soltero de 45 años que fue llevado por la policía a la sala de urgencias después de que un vecino que vive en el departamento de abajo escuchó ruidos fuertes que provenían del departamento de Santiago. Temiendo lo peor y habiendo presenciado anteriormente el comportamiento extraño de Santiago, el vecino llamó a la policía. Cuando llegó la policía, Santiago estaba solo pero su departamento estaba desordenado ya que había movido los muebles y algunos estaban volteados. Cuando se le preguntó acerca del desorden, Santiago dijo que habían colocado cámaras escondidas en su departamento y que tenía que localizarlas porque alguien que le quería hacer daño lo estaba observando. Dijo que se había enterado de las personas que lo estaban observando cuando iba en el bus temprano en la mañana y vio dos artículos en la misma página del periódico que alguien estaba leyendo, titulados “Cámaras Veloces” y “Departamento Secreto”. Dijo que esa era una señal para él de que habían colocado cámaras secretas en su departamento y que necesitaba llegar rápido a su casa para encontrarlas.

El/la terapeuta se reúne con Santiago y a través de sus registros médicos en el hospital se da cuenta de que no es la primera vez que ha visitado la sala de urgencias. El registro muestra que lo habían traído a la sala de urgencias 2 años atrás. Por el registro también se entera de que Santiago había tenido un patrón de conducta similar durante varios años antes de su visita anterior a la sala de urgencias y que le habían recetado un medicamento antipsicótico. Cuando se le pregunta si estaba tomando su medicamento, Santiago señala que no, agregando que los que lo querían medicado eran parte de una conspiración para hacerle daño. Cuando se le pregunta si bebe alcohol o usa alguna otra sustancia, admite que fumó marihuana a los 20 años pero que ya no y afirma que no bebe o usa drogas por la misma razón que dejó de tomar su medicamento prescrito.

También comparte con el/la terapeuta que esa gente a menudo le envía señales acerca de algo que le sucedería a él. Cuando se le pregunta si alguna de esas cosas había sucedido alguna vez, él responde “No, siempre fui advertido antes de que algo sucediera”. Cuando se le pregunta de qué tipo de cosas le habían advertido, él responde que podría ser asaltado físicamente, secuestrado o asesinado. Agrega que es advertido ya sea por medio de un mensaje por escrito que él ve en un periódico o en un letrero publicitario o en la televisión o por medio de otra persona ya sea en la calle o en un bus. Otras veces, le han dado una clara advertencia verbal, como si alguien estuviera hablando con él en la misma habitación donde él se encontraba. Un ejemplo es el momento en que estaba acostado en su cama, sin poder dormir, y escuchó una voz con una clara advertencia verbal de no salir por su puerta del frente en la mañana. Salió por la puerta trasera de su edificio de departamento y nada sucedió.

Durante el curso de la conversación, Santiago continúa hablando de forma desorganizada, saltando de un tema a otro, raras veces completando su pensamiento o quedándose en la misma línea de pensamiento.

Su conversación siempre regresa a alguien que lo anda buscando y que había tenido suerte de evitar el daño, pero que le podría suceder en cualquier momento. Dice que las cámaras escondidas en su departamento son particularmente aterradoras porque su torturador podría haber “observado todos mis movimientos”, pero que él estaba muy seguro de que al mover sus muebles iba a bloquear la vista.

El/la terapeuta también pudo averiguar que Santiago no ha retenido un trabajo por un período de tiempo significativo y que ha estado desempleado durante el último año. Lo está manteniendo un tío que ocasionalmente deposita dinero en su cuenta bancaria y regularmente paga su alquiler. El/la terapeuta advierte en su archivo que fue este tío quien lo llevó a la sala de urgencias hace 2 años. El archivo también contiene una declaración

del tío respecto a que Santiago no presentó ningún síntoma hasta que llegó a los 30 años y que no hubo problemas de desarrollo inusuales cuando estaba creciendo. Cuando se le pregunta si tiene amigos(as), Santiago responde que ya no, porque “no se puede confiar en los amigos—todos con quienes he tratado de ser amigo han tratado de controlarme”.

En resumen, los síntomas que presenta Santiago son delirios acerca de ser advertido de que le pueden hacer daño y alucinaciones auditivas ocasionales. Debido a su trastorno mental, no ha podido retener un trabajo y virtualmente no tiene relaciones interpersonales. Es evidente a partir de su registro médico que ha tenido síntomas similares por varios años y que fue tratado por lo menos una vez hace 2 años. Su registro también muestra que no tuvo ningún problema de desarrollo cuando era niño o adolescente. Aunque le recetaron medicamentos antipsicóticos hace 2 años, parece que no los tomó por mucho tiempo y que sus síntomas han persistido continuamente desde entonces. No parece tener síntomas de depresión y niega el uso regular de sustancias.

## **Página de Apoyo 4.19:**

### **Trastorno General de la Personalidad**

#### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:
  - 1.** Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos);
  - 2.** Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional);
  - 3.** Funcionamiento interpersonal; y
  - 4.** Control de los impulsos.
- B.** El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C.** El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o de otras áreas importantes.
- D.** El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.
- E.** El patrón persistente no se explica mejor por una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
- F.** El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o de otra afección médica (p. ej., traumatismo encéfalo craneano).

## **Página de Apoyo 4.20:** *Trastorno de la Personalidad Antisocial*

---

### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás, que se produce desde antes de los 15 años de edad, y que se manifiesta por tres (o más) de los siguientes hechos:
  - 1.** Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivo de detención.
  - 2.** Engaño, que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.
  - 3.** Impulsividad o fracaso para planear con antelación.
  - 4.** Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas.
  - 5.** Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.
  - 6.** Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral consistente o cumplir con las obligaciones económicas.
  - 7.** Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.
- B.** El individuo tiene como mínimo 18 años.
- C.** Existen evidencias de la presencia de un trastorno de la conducta con inicio antes de los 15 años.
- D.** El comportamiento antisocial no se produce exclusivamente en el curso de la esquizofrenia o de un trastorno bipolar.

## **Página de Apoyo 4.21:**

### ***Estudio de Caso sobre el Trastorno de la Personalidad Antisocial, Marcus***

**Marcus** es un hombre de 28 años que acudió a tratamiento después de haber sido arrestado durante una pelea en un bar. Un juez le ordenó el tratamiento como una alternativa a la cárcel. Fue llevado por su hermana mayor, Adele. Al reunirse sola con un(a) terapeuta, Adele se queja del comportamiento agresivo de Marcus que, ella dice, ha estado ocasionalmente al límite de la violencia. Agrega que él siempre tuvo un carácter tortuoso y que de niño siempre hizo pataletas, hacía cualquier cosa para llamar la atención y ocasionalmente expresaba su enojo de forma desproporcionada. Adele también se queja de su comportamiento actual que incluye deshonestidad, irresponsabilidad y un creciente uso de drogas.

Mientras tanto, Marcus se empeña en no querer el tratamiento, pero sabe que será enviado a la cárcel si no lo sigue. Su actitud lleva a pensar que no toma en serio el tratamiento y el hecho se confirma cuando dice que estar aquí es una forma de “seguirle el juego al sistema”. Mientras recopila información de parte de su hermana, el/la terapeuta se entera de que, cuando niño, Marcus escapó del hogar varias veces, a menudo fue enviado de la escuela a la casa porque estaba acosando y peleando con otros; nunca completó la secundaria y compareció ante el tribunal juvenil por robar. Marcus habla libremente de estos eventos como si estuviera orgulloso de su pasado y no muestra remordimiento; parece indiferente a los sentimientos de los demás involucrados. La última vez que lo enviaron de la escuela a la casa (a los 15 años) nunca regresó.

Al mirar el historial de empleo de Marcus, el/la terapeuta descubre que tiene un registro laboral inconsistente, principalmente por ser despedido por “desacuerdos con el jefe”. Cuando se le pregunta qué quiere decir con eso, menciona que había discutido con los jefes cuando estuvieron en desacuerdo con el trabajo que él estaba haciendo. Una vez hasta llegó a los puños con un supervisor, pero dijo que no le importó haber perdido su empleo porque “ese tipo se las buscó”. Ha trabajado intermitentemente en la construcción y afirma que usualmente sabe más que las personas que lo supervisan y se irrita cuando le dicen que haga algo que es totalmente ilógico. También afirma que ha sido acusado falsamente de robar materiales de los sitios de trabajo.

El/la terapeuta evalúa a Marcus como una persona que no siente culpa y que está absorta en sí misma ya que sus intereses principales apuntan hacia la gratificación personal: sentir placer al tener poder sobre otros y tener la “razón”. El/la terapeuta también se percata de que en el curso de la conversación, Marcus fue encantador y manipulador; permitiendo que los demás observen su ingenio y su lado complaciente, pero con un ojo siempre abierto para aprovecharse de los demás.

En resumen, los síntomas que presenta son preocupación por sí mismo, deshonestidad, falta de arrepentimiento, récord laboral errático y manipulación de los demás.

## **Página de Apoyo 4.22:** *Trastorno de la Personalidad Límite*

---

### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:
1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
  2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
  3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
  4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5.)
  5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
  6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
  7. Sensación crónica de vacío.
  8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
  9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

## Página de Apoyo 4.23:

### *Estudio de Caso sobre el Trastorno de la Personalidad Límite, Valentina*

**Valentina** es una joven de 22 años que acude a tratamiento después de un repentino rompimiento de relaciones con su novio. Le dice al/la terapeuta que ella “solía beber mucho”, pero que dejó de hacerlo hace un año cuando su mamá la amenazó con echarla de la casa. Dice que está sintiendo como que quiere comenzar a beber de nuevo.

Valentina comenta que su novio fue quien dio inicio al rompimiento y que se siente rechazada, sola y deprimida. Afirma que “éramos el uno para el otro”, refiriéndose a que cuando se conocieron fue una atracción inmediata: “Fue amor a primera vista”. Menciona que eran extremadamente cercanos porque compartían todo. Sin embargo, después de un año de relación, ella teme que lo alejó al quejarse de que él no daba lo suficiente en la relación y que no estaba “ahí” lo suficiente para ella. Expresa enojo hacia él, explicando que le dio mucho y que todo lo que quería era recibir algo a cambio. Le comenta al/la terapeuta que fue la relación más intensa que ha tenido, que ella “lo idolatraba”, pero que a menudo tenía estallidos de enojo hacia él por ser frío con ella. Sin embargo, ahora sus peores temores se han convertido en realidad. Valentina explica que temía que “él me abandonara —y ahora lo ha hecho”.

Valentina se describe a sí misma como una persona muy sensible y no puede imaginar su vida sin su novio. En el curso de la sesión, alterna desde la tristeza y el llanto, a expresar un nivel inusualmente alto de ira intensa por haber sido rechazada. En un momento, su enojo es tan intenso que comienza a golpear una mesa. Dice que la ruptura es un reflejo de ella y que no soporta la idea de estar sola. Le preocupa que, “si no recibo el apoyo que necesito de una relación cercana, no soy nada”.

Cuando se le pregunta acerca de su historia antes de esta última relación, el/la terapeuta descubre que estuvo casada por un breve tiempo y que cuando su esposo la dejó (aproximadamente 2 años atrás), ella “se derrumbó”. Al preguntarle qué quiere decir con eso, menciona que perdió el control, que se deprimió profundamente y que trató de suicidarse cortándose las venas. Estuvo en terapia y bajo medicamentos antidepresivos, pero dice que los medicamentos no le hicieron nada y pronto dejó la consejería.

El /la terapeuta también descubre que, de niña, Valentina fue abusada físicamente por su padre, un alcoholico. Ella cuenta que su padre, quien falleció hace mucho, abusó de ella y de su madre. También se sintió descuidada por su madre, quien, según Valentina, era totalmente controlada por su padre. Recuerda momentos en que su padre parecía celoso cuando su madre le demostraba afecto a ella. Esto ocurría normalmente cuando su padre la golpeaba y su madre la consolaba. Menciona que su padre agarraba a su madre, la alejaba y le exigía que le prestara atención a él.

En su adolescencia, Valentina afirma que “fumó marihuana, bebió y consumió lo que estuviera a su alcance”. Afirma que fue muy posesiva en sus relaciones con los muchachos y que se volvió promiscua como un medio para desarrollar relaciones. Lamentablemente, las relaciones fueron cortas y caracterizadas por sentimientos de rechazo, junto con dolor y enojo. Valentina admite que algunas veces se hizo cortes en sus brazos y piernas; dice que lo hacía para “evadirme” del dolor emocional.

El/la terapeuta evalúa a Valentina como una persona que ha tenido dificultad en las relaciones como adolescente y como una joven mujer. Tiene miedo al abandono, baja autoestima, una mala autoimagen y depende de una manera poco realista de los demás para sentirse mejor consigo misma. Tiene una gran necesidad de estar en una relación afectiva, pero teme ser rechazada por las personas, que podrían ver sus defectos imaginarios. Presenta un patrón de desarrollo de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por

oscilar entre los extremos de idealización y devaluación de la otra persona, lo cual a menudo da lugar a una ira intensa y a veces autolesiones.

También informa un historial laboral inestable. Valentina terminó la escuela secundaria y comenzó a trabajar como dependienta en un almacén. Afirma que “no duró mucho tiempo” debido a conflictos que tuvo con su jefe. Ha tenido cuatro empleos diferentes en los últimos 2 años y dice que sus condiciones laborales en cada uno de esos empleos se volvieron “intolerables” y tuvo que dejarlos.



## **Página de Apoyo 4.24:**

### ***Ejercicio en Grupos Pequeños, Estudio de Caso — Trastornos de la Personalidad***

**David** tenía 23 años cuando fue arrestado por causar un accidente con su moto. Se encontró que estaba bajo la influencia de cocaína y heroína en ese momento. El tribunal le ordenó ver a un(a) terapeuta de TUS para ser evaluado para tratamiento de abuso de sustancias después de ser condenado por el tribunal.

David llega puntual a la cita y se pone levemente irritado por tener que esperar 20 minutos antes de que el/la terapeuta estuviera listo(a) para verlo.

Niega tener “problemas con drogas” aunque este es su segundo arresto por manejar bajo la influencia de éstas. David menciona haber usado drogas con los amigos después del trabajo, “una o dos veces a la semana” para “divertirse y meterse en un problemita, como cualquier tipo”, y haber “fumado un poco de marihuana cuando era un muchacho”. Niega cualquier historial de pensamiento o comportamiento suicida excepto durante un corto período después de su arresto cuando dijo que pensó que podría perder su trabajo debido a ello.

David reconoce que tenía un “poco de mal genio” y que se enorgullecía de su capacidad para “ocuparse de los asuntos” cuando la situación lo requiera—algo que dice haber aprendido temprano en su vida. Niega cualquier trauma de la niñez y describe a su madre como una “santa”. Describe a su padre como un “ignorante” y se niega a dar cualquier otra información.

Al describir la situación que precedió a su arresto, David se define a sí mismo como la víctima, usando declaraciones tales como “ese tipo de la otra moto era un idiota; debería haberse fijado por donde estaba yendo” y “el policía estaba en mi contra” y “tenía una mala disposición”. Sistemáticamente minimiza su propia responsabilidad durante toda la entrevista.

David estuvo casado brevemente con alguien de otro país. Su único comentario acerca del matrimonio fue que “ella me convenció, pero luego me desquitó con ella “. Se rehúsa a decir más acerca de lo que quiso decir. Le menciona al/a la terapeuta que tiene “muchas novias y las tengo a mi merced”. No tiene hijos y vive solo en un pequeño departamento.

Durante la sesión, David mira su reloj y pregunta dos veces si la sesión va a terminar pronto, explicando que tenía “diligencias importantes que hacer”. La mayor parte del tiempo permanece sentado con los brazos cruzados.

Después de la entrevista con David, el/la terapeuta se reúne con la madre y con la hermana de David. Ambas informan que David fue un “niño realmente difícil” y que se metía en problemas frecuentemente por peleas, robo en tiendas y vandalismo. En un momento su madre rompe en llanto diciendo “No sé lo que hice mal; nunca pude hacer algo con él”.

## Página de Apoyo 4.25:

### Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad

#### Criterios de Diagnóstico

**A.** Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):

1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

**Nota:** Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de los 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).
- b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).
- c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).
- d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).
- e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales, dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden, descuido y desorganización en el trabajo, mala gestión del tiempo, no cumple los plazos).
- f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescentes mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).
- g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetera, llaves, papeles del trabajo, gafas, teléfono móvil).
- h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescentes mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).
- i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescentes mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).

2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses, en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:

**Nota:** Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (a partir de 17 años de edad), se requiere un mínimo de cinco síntomas.

- a. Con frecuencia juguetea con las manos o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
  - b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
  - c. Con frecuencia corretea o se sube a lugares en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescentes o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
  - d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
  - e. Con frecuencia está “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor” (p. ej., es incapaz de estar quieto o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).
  - f. Con frecuencia habla excesivamente.
  - g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros, no respeta el turno de conversación).
  - h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).
  - i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades, puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo, con los amigos o parientes, en otras actividades).
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).

## **Página de Apoyo 4.26:**

### ***Estudio de Caso sobre el Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad, Karin***

**Karin** es una mujer de 35 años que se presentó por iniciativa propia para recibir tratamiento para lo que describió como una dificultad para concentrarse y mantenerse enfocada en los amigos(as) y en las tareas relacionadas con su trabajo como chef en un restaurante. Ha perdido varios trabajos en el pasado y no quiere perder este. Fue derivada a un programa de tratamiento de TUS después de una sesión de detección en una clínica de salud mental donde se determinó que tenía un problema de uso de sustancias. Karin admite que está preocupada por su consumo de sustancias.

Cuando el/la terapeuta indaga un poco más sobre su experiencia laboral, queda claro que su falta de concentración es sólo una parte de sus problemas laborales. Karin admite que en algunas ocasiones se ha enfadado y perdido la paciencia, pero afirma que en esas ocasiones no ha estado bajo la influencia de drogas. Menciona que su ira fue provocada al ser confrontada por su desempeño laboral y que simplemente “perdió el control”.

A medida que el/la terapeuta recaba información sobre su infancia, Karin cuenta que de niña se distraía fácilmente y que a menudo soñaba despierta en la escuela. Dice que odiaba la escuela porque le parecía aburrida y que, por lo tanto, no prestaba mucha atención a sus profesores y no siempre cumplía con sus tareas. También menciona que cuando entregaba los trabajos escolares, a menudo incluían numerosos errores, generalmente por descuido, que su profesor descubría y se los hacía notar. Además, era inquieta y conversadora con sus compañeros(as) y, como resultado, a menudo se metía en problemas. Frecuentemente la enviaban al despacho del director(a) para disciplinarla por su comportamiento. Cuando se le preguntó cuándo había comenzado este comportamiento, mencionó que desde que podía recordar, probablemente desde los 6 años, cuando entró a la escuela.

En su adolescencia, empezó a usar drogas — primero de forma experimental, pero más tarde como mecanismo de afrontamiento para su tendencia a experimentar ira. Su uso de drogas continuó hasta la adultez temprana, y Karin ha admitido que utilizaba las drogas como medio para evitar problemas que, de otro modo, la frustrarían o la harían enfadar. Al preguntarle qué drogas consumía normalmente, contesta que “prácticamente cualquiera”, pero indica que la marihuana, el alcohol y los tranquilizantes eran sus sustancias preferidas. Añade que hace un año aproximadamente probó las anfetaminas y que le gustó mucho la experiencia porque se sintió más tranquila y “realmente enfocada”. Desde que la consumió por primera vez, dice que ha usado ocasionalmente anfetaminas cuando amigos(as) le dan las píldoras.

Con frecuencia Karin parece desviarse de la conversación y no estar escuchando, aparentemente se distrae con facilidad. El/la terapeuta evalúa a Karin como una persona con síntomas persistentes de inatención, con una tendencia a evitar situaciones, tareas o acontecimientos difíciles y, que en algunas ocasiones, expresa su ira y pierde el control. Karin no parece tener trastornos del estado de ánimo, trastornos de la personalidad u otros trastornos mentales.

## **Página de Apoyo 4.27:**

### ***Ejercicio en Grupos Pequeños, Estudio de Caso — TDAH***

**Gloria**, una mujer de 22 años, está buscando tratamiento. Estuvo en un programa de tratamiento anteriormente, pero lo abandonó después de las primeras semanas. Le informa al/a la terapeuta que dejó de asistir porque, cuando no se podía concentrar en las sesiones de grupo, comenzaba a sentir ansias de consumir.

Gloria también comparte que tuvo muchísima dificultad para mantenerse concentrada durante las intensas sesiones de grupo de 3 horas. Durante esas sesiones, manifiesta que los líderes de grupo siempre parecían estar regañándola por hablar con otros aunque estaba hablando acerca del tema en discusión. También menciona que tuvo problemas con llegar a sus reuniones de grupo a tiempo y que la regañaban por no traer su cuaderno y otros recursos.

Cuando el/la terapeuta que la estaba evaluando pregunta cómo le iba en la escuela, se le informa que tuvo grandes problemas durante esos años, antes de haber comenzado a usar alcohol y drogas. Gloria dice que era inquieta y que se distraía muy fácilmente durante la mayoría de las actividades escolares .

Igualmente, menciona que, aunque le gustaba trabajar en los diversos restaurantes donde trabajó como mesera, no se quedaba por mucho tiempo en ningún empleo. Gloria informa que nunca la han despedido, pero que cuando se siente aburrida, se le olvida lo que la gente ordenó.

Gloria menciona que no está segura de por qué, pero que siempre pareció tener resultados muy deficientes en la escuela y que tenía pocos amigos. Dice que eventualmente desertó de la escuela después de ser continuamente castigada por interrumpir la clase y que luego empezó a usar alcohol y drogas regularmente.

En su tiempo libre, Gloria dice que le gusta jugar videojuegos en su habitación o en su teléfono celular.

Cuando su terapeuta le pregunta acerca de algún antecedente de ansiedad o depresión, Gloria niega tener problemas.

## **Página de Apoyo 4.28:**

### ***El Desarrollo Cerebral y el Uso de Sustancias***

---

Los problemas de uso de sustancias no son un fenómeno aislado, sino que están relacionados con diversos determinantes, incluyendo los problemas ocurridos durante las diferentes etapas del desarrollo y muchos factores ambientales diferentes. El cerebro es un órgano en desarrollo, que madura hasta aproximadamente los 25 años de edad. Su proceso de maduración puede verse afectado por el uso de sustancias, en particular las funciones que realiza el lóbulo frontal (p. ej., el control de los impulsos y de las emociones), que es la zona del cerebro que madura más tarde.

En el proceso de desarrollo del cerebro, la correcta maduración de la materia gris y blanca es esencial y podría verse limitada por el uso de sustancias psicoactivas. La materia gris es la parte de la corteza cerebral que contiene los cuerpos de las células nerviosas. La materia blanca se encuentra en las partes subcorticales más profundas del cerebro y contiene fibras nerviosas o “axones”, que son las prolongaciones de las células nerviosas. La materia gris aumenta desde la infancia hasta la pubertad y después de estas edades comienza a disminuir. El volumen de materia gris en estas etapas de la vida puede ejemplificarse como una letra U invertida, el nivel máximo en la pubertad y luego el descenso. La disminución es el resultado de varios factores como la poda sináptica y la mielinización que aumenta el volumen de la materia blanca en relación con la materia gris. La poda sináptica se convierte en un marcador de madurez, un periodo de esculpido y recableado de las sinapsis que son fundamentalmente sensibles a la influencia del entorno. La materia blanca aumenta de volumen en el período prenatal y continúa en la infancia y la adolescencia y también en la edad adulta.

El uso de sustancias durante la adolescencia se asocia con alteraciones de la estructura cerebral en diversos niveles: molecular, así como genético y epigenético, circuitos neuronales, estructura cerebral y la relación entre la materia blanca y la materia gris, así como el deterioro de funciones cerebrales como la neurocognición, las habilidades verbales y el control de los impulsos. Por ejemplo, el inicio del consumo de alcohol antes de los 14 años es un indicador del alto riesgo de desarrollar trastornos de uso en el futuro e implica mayores dificultades de tratamiento. Además, se ha comprobado que el inicio temprano del consumo de alcohol es un precursor del uso de otras sustancias.

---

Fuente:

Squelia LM, Jacobus J. Tapert SF. The influence of substance use on adolescent Brain Development. Clin EEG Neurosci, 2009, 40 (1): 31-8

Witt ED. Research on alcohol and adolescent Brain Development: opportunities and Future directions. Alcohol. 2010;44: 119-2

Mas Salguero, M (2018) the anticipation of your brain the neurodevelopment of the cell to the adult. Next Door, Pamplona, digital format

Jensen, F & Nutt, A. (2015) The adolescent brain. Shackleton Books: Madrid

Torralva, T. (2019) Cerebro adolescente. Riesgos y oportunidades. Paidós: Buenos Aires

Skidmore S., Juhász, R., Zucker, R. Early onset drinking (Chapter 2) in Young People and alcohol, Impact, Policy, Prevention, Treatment. Edited by John B Saunders, Joseph M Rey, Wiley Blackwell, 2011.

## Página de Apoyo 4.29:

### *La Importancia de una Perspectiva del Curso de la Vida para Abordar los Trastornos por Uso de Sustancias y/o los Trastornos Co-ocurrentes en Adolescentes y Adultos(as)*

El desarrollo cerebral se produce hasta aproximadamente los veinticinco años de edad.

- La búsqueda de sensaciones y la exhibición de comportamientos de riesgo durante la adolescencia es una fase normal en el marco de este contexto más amplio de desarrollo cerebral.
- Al trabajar con adultos(as) y adolescentes, es importante que los/las profesionales de la prevención y el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias consideren una perspectiva del curso de la vida cuando aborden el trastorno por uso de sustancias (TUS) y/o los posibles trastornos co-ocurrentes, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que en algunos casos incluye la búsqueda de sensaciones y otros comportamientos de riesgo
- En concreto, los/las profesionales deben considerar la trayectoria general del desarrollo de cualquier individuo al que se esté monitoreando, sometiendo a detección y/o a tratamiento del TUS y/o de un trastorno co-ocurrente, como el TDAH en el que los comportamientos de búsqueda de sensaciones y de uso de sustancias pueden a menudo cruzarse.
- Resulta esencial que los/las profesionales de la prevención y el tratamiento de los TUS recurran a profesionales experimentados(as) en el diagnóstico que estén capacitados(as) para identificar una posible intersección entre un TUS y un trastorno co-ocurrente como un TDAH. Es importante que no se asuma inadecuadamente que una persona que está usando sustancias y exhibiendo otros comportamientos de riesgo, como un deficiente control de impulsos, sea automáticamente etiquetada con TDAH o cualquier otro diagnóstico de un trastorno co-ocurrente.
- Debe haber un equilibrio entre 1) la necesidad de prevenir los ciclos intergeneracionales de los TUS y de los trastornos co-ocurrentes, y 2) la necesidad de prevenir un diagnóstico equivocado y la sobre-prescripción de medicamentos para tratar afecciones que son diagnosticadas de manera imprecisa.
- Al integrar constantemente una perspectiva del curso de la vida y una trayectoria del desarrollo, que incluya el factor del desarrollo cerebral, así como los determinantes genéticos y ambientales, los/las profesionales de la prevención y el tratamiento de los TUS que trabajan con adolescentes, adultos y sus familias, se inclinarán por recurrir a expertos(as) en diagnóstico que puedan apoyar intervenciones oportunas y clínicamente apropiadas.

Fuente:

Bukstein, O. Disruptive Behavior Disorders and Substance Use Disorders in Adolescents Journal of Psychoactive Drugs. 2000, Pages 67-79\

Bukstein OG, Brent DA, Kaminer Y. Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. American Journal of Psychiatry. 1989;146:1131–1141.

Bukstein, O. G. (2001). Comorbidity and adolescent substance abuse. In T. W. Estroff (Ed.), Manual of adolescent substance abuse treatment (p. 69–89). American Psychiatric Publishing, Inc.

Disney, E., Elkins, I., McGue, M. and Iacono, W. (1999) Effects of ADHD, Conduct Disorder, and Gender on Substance Use and Abuse in Adolescents. 156:10. Am J Psychiatry

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2009), Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers. Office for Official Publications



of the European Communities, Luxembourg (disponible en: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).

ESPAD Report 2019: Mokinaro, S., Vincente, J., Benedetti, E., Cerrai, S., Colasante, E., Arpa, S. & Skarupova, K.: Results From European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2020)

Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., ... & Mayo, N. (2019). Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and metaanalysis. *JAMA psychiatry*, 76(4), 426-434.H

Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2019: Overview, key findings on adolescent drug use. Johnston, L., Miech, R., O'Malley, P., Bachman, J., Schulenberg, J., & Patrick, M. (2020).

Perez de los Cobos Peris J et al. Trastornos duales: adicciones relacionadas con trastornos mentales en la infancia o la adolescencia. Un reto de asistencia y prevención. Barcelona: Ed. Ars Medica; 2009

Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Comorbidity of substance use disorders and other psychiatric disorders among adolescents: evidence from an epidemiologic survey. *Drug Alcohol Depend.* 2007;88:S4-

Spear, L. Alcohol and the developing Brain (Chapter 5) in *Young People and alcohol, Impact, Policy, Prevention, Treatment*. Edited by John B Saunders, Joseph M Rey, Wiley Blackwell, 2011.

Stormshak, E. A., Connell, A. M., Veronneau, M. H., Myers, M. W., Dishion, T. J., Kavanagh, K., & Caruthers, A. S. (2011). An ecological approach to promoting early adolescent mental health and social adaptation: Family/centered intervention in public middle schools. *Child development*, 82(1), 209-225.

Porath-Waller, A. J., Beasley, E., & Beirness, D. J. (2010). A meta-analytic review of school-based prevention for cannabis use. *Health Education & Behavior*, 37(5), 709-723.

Tapert, S. (2004). Consumo de alcohol en adolescentes: efectos sobre el cerebro.

Wai-him Cheung, Anna Kit-sum Lam, Se-fong Hung, *Uso de otras sustancias*, IACAPAP Textbook 2017.

Wilens, T. Biederman, J. Spencer, T (2002). ADHD across the lifespan *Annu Rev. Med.* 53: 113-131. 2002

Winters, K. (Editor). Screening and Assessing adolescents for substance use disorders. Chapter 1. Pg (7); Chapter 2 Pg (9-11); Chapter 3 Pg.(17, 20) *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. No.31. SAMHSA-CSAT.* (1998)

Winters, K. (Editor). Treatment of adolescents with substance use disorders. Chapter 7. Pg (70-71). *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series. No.32. SAMHSA-CSAT* (1998).

Zulauf, C., Sprich, S., Safren, S and Wilens, T. (2014) The Complicated Relationship Between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders 16(3): 436 *Curr Psychiatry*.



## Módulo 4 — Trastornos Mentales Específicos y Problemas Comunes, Resumen

### Competencias Básicas de los/las Terapeutas

- Todo programa de tratamiento de abuso de sustancias y de servicios de salud mental debería exigir que los/las terapeutas tengan ciertas habilidades básicas para proporcionar tratamiento a personas con TCO. Las siguientes son las competencias básicas que los/las terapeutas deberían poder aplicar:
  - Realizar una detección básica para determinar si podría existir un TCO y ser capaz de derivar a la persona usuaria a una evaluación diagnóstica formal por parte de alguien capacitado para hacerlo.
  - Formarse una impresión preliminar de la naturaleza del trastorno que podría tener una persona usuaria, que puede ser verificado por alguien formalmente capacitado y certificado en el diagnóstico de problemas de la salud mental.
  - Llevar a cabo una detección preliminar para determinar si la persona usuaria representa un peligro inmediato para él/ella o los/las demás y coordinar cualquier evaluación posterior con el personal y/o consultores apropiados(as)<sup>1</sup>.
- Adicionalmente, los/las terapeutas deben:
  - Ser capaces de involucrar a la persona usuaria de una manera tal que permita mejorar y facilitar la interacción futura.
  - Bajar la intensidad del estado emocional de una persona usuaria que esté agitada, ansiosa, enojada o en otro estado emocional vulnerable.
  - Manejar una crisis que involucre a una persona con TCO, que pudiera incluir una amenaza de suicidio o de hacer daño a otras personas. Esto podría implicar solicitar ayuda de otras personas capacitadas para manejar ciertos aspectos de dichas crisis; por ejemplo, la tramitación de los documentos de compromiso y asuntos relacionados.
  - Derivar a una persona usuaria al centro de tratamiento de salud mental o de abuso de sustancias apropiado y hacer un seguimiento para asegurarse de que reciba la atención necesaria.
  - Coordinar la atención con un(a) terapeuta de salud mental que esté a cargo de la misma persona usuaria para asegurar que la interacción de los trastornos de la persona usuaria se entienda adecuadamente y que los planes de tratamiento estén coordinados.
- No se espera que los/las terapeutas en adicciones básicas diagnostiquen trastornos mentales. Sin embargo, el personal clínico que trabaja en el campo del tratamiento del abuso de sustancias deberá familiarizarse con los trastornos mentales que co-ocurren con trastornos por uso de sustancias y/o que imitan los síntomas de trastornos por uso de sustancias, particularmente durante la abstinencia o la intoxicación.

<sup>1</sup> Center for Substance Abuse Treatment. Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Rockville (MO); Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2005. (Treatments Improvement Protocol (TIP) service, No. 42) Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64185/>

- Debemos señalar algunas limitaciones de este módulo:
  - Este material obviamente no es una reseña completa de todos los trastornos mentales señalados en la 5ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Nos enfocaremos en los trastornos mentales co-ocurrentes más comunes.
  - Este módulo no proporciona la formación profesional integral necesaria para diagnosticar y tratar correctamente a personas usuarias con muchas posibles combinaciones de trastornos co-ocurrentes. Sin embargo, les ayudará a reconocer cuando una persona usuaria tiene síntomas de un trastorno mental co-ocurrente y podría necesitar servicios y apoyo adicional, o derivación.
  - El módulo ofrece sólo breves sugerencias de acciones y enfoques que un(a) terapeuta de TUS puede asumir al trabajar con una persona usuaria con un determinado trastorno mental.
  - Por último, este es un módulo difícil. La Asociación Estadounidense de Psiquiatría, que publicó el DSM-5, requiere que los criterios de diagnóstico de los trastornos mentales se reproduzcan tal como aparecen en el DSM. Esto significa que en ocasiones el lenguaje será difícil. Presentaremos las definiciones de términos y descripciones de los conceptos, según se requiera, pero por favor siéntanse libres de solicitar que vayamos más despacio, que repitamos la información, o que demos explicaciones adicionales de cualquier cosa que no comprendieron. También recuerden que en su Manual del Participante hay un resumen de cada módulo para su revisión<sup>2</sup>.
- Las personas con TCO podrían presentar combinaciones de al menos un TUS y uno o más trastornos mentales (p. ej., una persona podría padecer un TUS, esquizofrenia, y un Trastorno de Estrés Postraumático), haciendo que el diagnóstico y el tratamiento sean más complejos.
- Existen ciertas sugerencias básicas que aplican al trabajo con personas con cualquier tipo de trastorno mental co-ocurrente. En primer lugar, recuerden que los principios y habilidades básicas de una consejería de TUS efectiva se aplican también a las personas con trastornos mentales. Por ejemplo:
  - Escucha activa y respetuosa;
  - Un estilo validante y esperanzador;
  - Considerar la etapa de cambio de la persona usuaria; e
  - Involucrar a la persona usuaria en la planificación del tratamiento y avanzar a un ritmo apropiado para ella.
- Existen también preocupaciones especiales en el trabajo con personas con TCO.
- En primer lugar, debido a que el tratamiento integrado todavía no es la norma, los/las terapeutas de TUS necesitan desarrollar una sólida relación de trabajo con los otros proveedores(as) de atención, tales como:
  - El/la profesional médico prescriptor(a);
  - Otros proveedores(as) de atención médica; y
  - Profesionales de la salud mental.
- Obviamente, el/la terapeuta necesita obtener la autorización de la persona en tratamiento antes de comunicarse con los demás profesionales.

2 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

- El tratamiento del TUS será más efectivo si el/la terapeuta de TUS conoce el tratamiento que la persona usuaria está recibiendo para un trastorno mental y su progreso. Por otra parte, los/las profesionales médicos y los/las profesionales de la salud mental pueden ser más efectivos si conocen la naturaleza y el tratamiento de la persona con TUS.
- A las personas con TCO probablemente se les han prescrito medicamentos para sus trastornos. El/la terapeuta de TUS puede ser una valiosa ayuda para el/la profesional médico prescriptor(a) debido a que normalmente pasará una cantidad considerablemente mayor de tiempo con la persona en tratamiento que el tiempo que podría destinarle el/la profesional prescriptor.
- Por ejemplo, el/la terapeuta de TUS podría ser el primero(a) en saber que una persona en tratamiento ha dejado de tomar la medicación, está teniendo efectos secundarios, o que no está tomando los medicamentos correctamente.
- Apoyar a las personas con TCO para que sigan tomando sus medicamentos psiquiátricos puede mejorar significativamente los resultados del tratamiento del TUS.
- El Módulo 4 no aborda medicamentos específicos para los trastornos mentales. Sin embargo, el Centro de Transferencia de Tecnología para la Adicción de los Estados Unidos desarrolló una excelente publicación: *Psychotherapeutic Medications 2011: What Every Counselor Should Know*. Esta publicación se actualiza anualmente.
- Una sección de esa publicación, “Cómo Hablar con las Personas Usuarias sobre su Medicación”, se encuentra reproducida en la Página de Apoyo 4.1 de sus manuales<sup>3</sup>.
- Una persona con TCO podría además necesitar avanzar en el tratamiento a un ritmo más lento que otra sin TCO. Por ejemplo, desarrollar una relación de confianza con la persona usuaria podría requerir más tiempo. El/la terapeuta deberá monitorear la respuesta de la persona usuaria a la consejería y hacer las adaptaciones necesarias. Podría ser de ayuda avanzar lentamente, enfocándose primero en temas generales, no provocativos y esperar a tratar temas más complejos cuando la persona usuaria se sienta más cómoda hablando de esos asuntos.
- Los/las terapeutas también pueden monitorear los síntomas del trastorno mental de la persona en tratamiento y responder de forma inmediata a cualquier cambio o empeoramiento de los síntomas. Una vez más, el hecho de que los/las terapeutas dediquen mayor tiempo a las personas usuarias que el/la profesional médico tratante [y en ocasiones más tiempo que un(a) profesional de la salud mental] hace que puedan advertir más pronto los cambios en los síntomas. El/la terapeuta puede analizar las preocupaciones tanto con la persona en tratamiento como con el/la profesional médico y/o terapeuta.
- Muchas personas con TCO reaccionan muy bien en grupos. Otros tantos necesitan ayuda adicional de preparación para el trabajo grupal, o incluso podrían requerir continuar con consejería individual. Cuando sea necesario, el/la terapeuta deberá dar a conocer y enseñar gradualmente a la persona en tratamiento habilidades para poder participar en consejería grupal y en grupos de autoayuda, tales como Narcóticos Anónimos. Sin embargo, es importante enfocarse en las necesidades individuales de cada persona usuaria. Para ciertas personas, obligarlas a participar en grupos sin esta preparación podría ser contraproducente.
- En todo el mundo, las personas con trastornos mentales tienen un riesgo hasta 15 veces mayor de completar con éxito el suicidio. Entre las personas que han cometido suicidio, el 65 al 95 por

<sup>3</sup> Mid-America Addiction Technology Transfer Center. (2014). BH Meds: Behavioral Health Medications. Extraído en Marzo 16, 2017, de [http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/5/BHMedS\\_2014\\_033114.pdf](http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/5/BHMedS_2014_033114.pdf)

ciento presentaba algún tipo de trastorno mental, principalmente depresión o trastorno de estrés postraumático (TEPT)<sup>4</sup>.

- Aunque el suicidio no siempre se puede prevenir, los/las terapeutas de TUS están en una posición única para detectar pensamientos y comportamientos suicidas en las personas que atienden.

## Trastornos de Depresión Mayor

- Los trastornos del estado de ánimo incluyen el trastorno de depresión mayor, los trastornos bipolares y otros dos trastornos según su fuente de origen:
  - El DSM-5 describe los criterios diagnósticos para ambos. Para evitar confusión entre episodios y trastornos, vamos a explorar los criterios del trastorno de depresión mayor y de dos trastornos bipolares; el episodio maníaco y el episodio hipomaníaco.
- La depresión es un trastorno mental común:
  - La Organización Mundial de la Salud señala que la depresión por sí sola afecta a alrededor de 350 millones de personas y está entre las principales causas de discapacidad en todo el mundo.
  - Hay más mujeres que hombres afectados por la depresión. En su peor expresión, la depresión puede conducir al suicidio<sup>5</sup>.
- Los criterios diagnósticos para el trastorno de depresión mayor se señalan en la Página de Apoyo 4.2.
- ¿Qué causa una depresión mayor? Como ocurre con la mayoría de los trastornos mentales, los investigadores(as) han descubierto que no hay una causa única. Sin embargo, diversos factores biológicos, ambientales y psicológicos pueden contribuir a que una persona desarrolle un trastorno depresivo.
- El primero de estos factores se refiere a los desequilibrios químicos en el cerebro. Estos desequilibrios, especialmente de sustancias químicas como la serotonina, sobre las cuales aprendimos en el Curso 1, podrían ser causados por:
  - Factores genéticos;
  - Efectos ambientales tempranos en el cerebro en desarrollo, tales como en el feto, durante el parto, o en la primera infancia; o
  - Una combinación de factores genéticos y ambientales.

## Causas de la Depresión

- Los factores ambientales y psicológicos tempranos incluyen:
  - Tipos de trauma infantil, tales como abuso, abandono o apego inseguro; y
  - Sufrir una pérdida personal significativa temprano en la vida. Por ejemplo, un niño, niña o adolescente que pierde a un padre/madre o hermano(a), podría ser más vulnerable a la depresión más adelante en la vida.

4 World Health Organization. (2009). Preventing suicide: A resource for police, firefighters and other first line responders. Geneva: Author.

5 World Health Organization. (n.d.). What is depression? Accessed March 16, 2017 at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

- Otros factores ambientales y psicológicos similares en etapas posteriores de la vida también aumentan la probabilidad de depresión:
  - Sufrir una pérdida personal significativa, como la muerte de un ser querido, pérdida de un trabajo, divorcio, o experimentar un acontecimiento angustiante en la vida;
  - Eventos o condiciones traumáticas más adelante en la vida; y
  - No tener un sistema de apoyo o que éste sea limitado. Tener sólo unos pocos miembros de la familia o amistades que proporcionen apoyo en una crisis aumenta la probabilidad de depresión.

## El Trastorno de Depresión Mayor y los TUS

- Existen muchos vínculos entre los TUS y los trastornos depresivos. Por ejemplo, no es poco común que las personas se sientan desalentadas y abatidas cuando beben o cuando están en abstinencia de cocaína:
- Cuando una persona usuaria ha estado abstinentes de sustancias, un(a) terapeuta de TUS debe monitorearla durante al menos un mes de abstinencia para determinar si:
  - Los síntomas depresivos desaparecen o el estado de ánimo mejora después de la abstinencia; o
  - Esos síntomas necesitan tratamiento adicional porque la persona usuaria no mejora o su depresión empeora.
- Tras este periodo de observación, debería quedar claro si el alcohol u otras sustancias fueron la causa de la depresión, como en el primer ejemplo, o no, como en el segundo.
- Hay otras dos maneras en que los trastornos depresivos podrían interactuar con los TUS:
  - Las personas presentan mayores probabilidades de usar sustancias o de recaer en su uso cuando experimentan sentimientos negativos; y
  - Estar deprimido(a) y tener sentimientos negativos podría hacer que algunas personas sean más propensas a consumir alcohol o drogas para “sentirse mejor”.
- Obviamente, este ciclo puede conducir a una depresión mucho más grave y al uso de sustancias.
- Sin embargo, no es fácil reconocer la depresión en las etapas iniciales de la recuperación, debido a que los sentimientos negativos y estados de ánimo deprimidos son bastante comunes durante este periodo. Cuando los síntomas no son reconocidos, las personas usuarias con una depresión mayor no tratada están ante un riesgo mucho mayor de:
  - Cometer suicidio durante la etapa inicial de la recuperación;
  - Poner fin tempranamente al tratamiento;
  - Recaer; y
  - Cometer suicidio cuando se produce una recaída luego de un periodo importante de abstinencia.
- La depresión no reconocida y no tratada puede provocar recaídas debido al deseo de una persona de automedicarse y aliviar la depresión, o a que la persona simplemente ya no se preocupa por lo que le pudiera suceder en ese momento.

- Debido a que el suicidio está estrechamente relacionado con los trastornos depresivos, vamos a dedicar unos minutos a hablar sobre él.
- Entre las personas con TUS, las estadísticas son dramáticas:
  - Los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias están presentes en el 25-50% de todos los suicidios<sup>6</sup>.
  - El diez por ciento de las personas con dependencia de sustancias comete suicidio, a menudo mientras está experimentando un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias<sup>7</sup>.
  - A nivel mundial, el suicidio es la tercera causa principal de muerte entre adolescentes<sup>8</sup>.
- Si bien los pensamientos y comportamientos suicidas están particularmente relacionados con graves trastornos del estado de ánimo, no se limitan a esos trastornos. Diversos estudios indican que la forma más prometedora de prevenir el suicidio y el comportamiento suicida es a través del reconocimiento y tratamiento temprano de los TUS y de cualquier trastorno mental.
- De hecho, aproximadamente el 25% de las personas que se han suicidado ha estado en contacto con algún tipo de programa de salud mental en el año anterior a su muerte, lo que supone una oportunidad de intervención<sup>9</sup>.
- El uso de sustancias puede:
  - Empeorar los síntomas del trastorno depresivo; y
  - Aumentar el riesgo de la persona usuaria de empeorar la depresión, las ideaciones suicidas (pensamientos sobre el suicidio), y los intentos de suicidio.
- De hecho, incluso cuando las personas usuarias son tratadas con medicamentos antidepresivos, el uso de sustancias puede anular los beneficios de estos medicamentos.
- Un(a) terapeuta que trabaja con una persona con un trastorno depresivo debe realizar rutinariamente un proceso de detección de pensamientos o planes suicidas, en especial cuando la persona usuaria:
  - Hace comentarios suicidas, aunque sean informales;
  - Parece seriamente deprimida; o
  - Tiene antecedentes de intentos de suicidio<sup>10</sup>.
- Todas las amenazas de suicidio deben tratarse seriamente.
- Los factores que se deben considerar incluyen:
  - Historia pasada reciente de intentos de suicidio;
  - Antecedentes familiares de suicidio;
  - Historial de uso de medios letales para intento de suicidio, como cuerdas para el ahorcamiento, armas, pistolas, ahogamiento violento, etc.

6 WHO publication on Suicide [https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1)

7 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author

8 World Health Organization. (2003). Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions. Geneva: Author.

9 World Health Organization. (2009). Preventing suicide: A resource for police, firefighters and other first line responders. Geneva: Author.

10 Kaplan and Sadock ( ) Comprehensive textbook of Psychiatry

- La persona usuaria menciona su deseo de morir e ideas suicidas; una gran probabilidad de intento de suicidio, y
- TUS.
- Hay diversas preguntas que es necesario plantear de forma inmediata a una persona usuaria que parece estar en riesgo de cometer suicidio. En primer lugar, es importante evaluar el riesgo de hacerse daño, a través de preguntas como:
  - ¿Pasa algo malo?
  - ¿Por qué ahora?
  - ¿Tiene planes específicos para suicidarse? (si la respuesta es afirmativa, hacer seguimiento para obtener más antecedentes). ¿Ha cometido algún intento de suicidio en el pasado?
  - ¿Siente deseos de suicidarse en este momento?
- El siguiente paso con una persona usuaria suicida es desarrollar un plan de seguridad. Es importante desarrollar un proceso de seguridad y de manejo de riesgo que implique su compromiso de:
  - Seguir los consejos;
  - Eliminar cualquier medio para cometer suicidio (por ejemplo, un arma); y
  - Aceptar buscar ayuda y tratamiento.
- También es importante evaluar el riesgo de que la persona usuaria haga daño a otras personas.
- Por último, es importante tomar una serie de medidas de monitoreo y seguimiento:
  - Proporcionar disponibilidad de contacto de 24 horas cada día hasta que se pueda asegurar la derivación psiquiátrica.
  - Derivar a intervención psiquiátrica a personas usuarias con serios planes de suicidio, intentos previos, o una enfermedad mental grave; u obtener la asistencia de una interconsulta psiquiátrica para el manejo de estas personas.
  - Desarrollar y monitorear estrategias para asegurar adherencia a los medicamentos. Elaborar planes de recuperación de largo plazo para tratar los TUS.
  - Revisar todas las acciones con su supervisor(a) y/o los miembros del equipo de tratamiento.
  - Documentar minuciosamente todos los informes de la persona usuaria y cualquier sugerencia realizada.

## Trastornos bipolares

- Las personas con trastornos bipolares experimentan grandes cambios de estado de ánimo que son desproporcionados frente a cualquier cosa de la vida normal. En ocasiones a estos trastornos se les ha llamado “depresión maníaca”.
- Existen dos tipos principales de trastornos bipolares: Bipolar I y Bipolar II.
- Existen dos tipos principales de trastornos bipolares: Bipolar I y Bipolar II. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, el trastorno bipolar I involucra episodios de manía severa y a menudo depresión. El trastorno bipolar II involucra una forma menos severa de manía llamada hipomanía. Analizaremos el trastorno bipolar I.



- Los trastornos bipolares afectan a alrededor de 45 millones de personas en el mundo. La edad media de inicio es a principios de los 20 años, pero los síntomas podrían comenzar en la adolescencia o en algunos casos después de los 50 años<sup>11 12</sup>.
- Hay dos tipos principales de trastorno bipolar I, dependiendo del episodio de estado de ánimo que la persona usuaria esté experimentando en ese momento. Para simplificar, nos centraremos en los trastornos bipolares, el episodio de estado de ánimo maníaco más reciente.
- Los criterios de diagnóstico para el Trastorno Bipolar I: Episodio Maníaco, se señalan en la Página de Apoyo 4.4.
- Es importante destacar que las personas que sufren un episodio maníaco podrían realizar cosas extremas, tales como:
  - Impulsivamente mudarse a otro lugar sin decirle a nadie;
  - Hacer grandes cambios en su apariencia física o su estilo de vestir; o
  - Participar en actividades desorganizadas o extrañas.
- Las personas que sufren un episodio maníaco rara vez reconocen sus síntomas como un problema y suelen resistirse a las iniciativas de intervención.
- El trastorno bipolar I se caracteriza por al menos un episodio maníaco. El episodio maníaco podría ser antecedido o seguido por un episodio hipomaníaco o por un episodio depresivo. Por otra parte, el trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios de depresión mayor acompañados de al menos un episodio hipomaníaco que dura al menos cuatro días.
- Los criterios de diagnóstico para el Trastorno Bipolar II: Episodio Hipomaníaco se señalan en la Página de Apoyo 4.6.
- Si bien los episodios maníacos del trastorno bipolar I pueden ser graves y peligrosos, los individuos con trastorno bipolar II pueden estar deprimidos durante períodos más largos, lo que puede causar un deterioro significativo.
- En general, una persona con un trastorno bipolar experimenta un patrón de “ciclos” entre la depresión, la manía y la hipomanía, con períodos en los que se siente normal. Generalmente, no hay un patrón consistente y los episodios varían en duración.
- Los síntomas de la depresión o de la manía suelen causar una perturbación considerable en la vida de una persona. Los ciclos del trastorno bipolar se describen con frecuencia con imágenes como las de estar en una montaña rusa que dura toda la vida.

---

11 GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

12 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.,). Washington, DC: Author.



## El Trastorno Bipolar y los TUS

- Más de la mitad de las personas que sufren trastorno bipolar también experimentan TUS. El consumo de sustancias y de alcohol contribuye significativamente a:
  - Los síntomas del trastorno bipolar, haciendo más extrema la manía y/o la depresión;
  - La resistencia al tratamiento; y
  - Resultados del tratamiento menos efectivos<sup>13</sup>.
- Discernir la diferencia entre los síntomas del trastorno bipolar y el TUS puede resultar difícil debido a que tanto la intoxicación aguda como la abstinencia de drogas o de alcohol pueden imitar las características del trastorno bipolar.
- Por otra parte:
  - La marihuana, el alcohol, los sedantes y los opioides podrían disminuir temporalmente los cambios de humor, sólo para empeorar los síntomas más adelante; y
  - Una persona podría utilizar estimulantes como la cocaína para desencadenar un estado maníaco cuando está deprimida, ya que los estados maníacos se sienten subjetivamente mejor que la depresión.
- El uso de sustancias por parte de las personas con trastorno bipolar puede parecer un alivio a corto plazo de los síntomas de la manía o de la depresión, pero obviamente no aborda el trastorno subyacente.
- Si los síntomas de manía o de depresión de una persona persisten o empeoran tras la desintoxicación de sustancias, el problema principal podría ser un trastorno del estado de ánimo.
- Los/las terapeutas de TUS deberán:
  - Estar atentos(as) a los signos de trastornos del estado de ánimo en personas usuarias que no están diagnosticadas, puesto que los trastornos del estado de ánimo suelen co-ocurrir con los TUS;
  - Estar preparados(as) para derivar a las personas usuarias cuando sea necesario;
  - Analizar con las personas en tratamiento la interrelación entre los trastornos del estado de ánimo y los TUS; y
  - Estar atentos(as) a indicadores de pensamientos y comportamientos suicidas, particularmente durante la etapa inicial de la recuperación.

## Trastornos de Ansiedad

- Todos(as) experimentamos sentimientos de ansiedad o de estrés y preocupación ocasionalmente. De hecho, tanto la ansiedad como el estrés forman parte normal de nuestra vida cotidiana. La ansiedad puede ser de utilidad cuando:
  - Nos motiva a lidiar con algún problema que podríamos estar experimentando [como un conflicto en el trabajo que es necesario resolver, o abordar un desacuerdo con un amigo(a)];

<sup>13</sup> Sonne, S. C., & Brady, K. T. (2002). Bipolar disorder and alcoholism. Obtenido en Julio 27, 2011, de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/103-108.htm>

- Nos motiva a prepararnos para un acontecimiento importante (por ejemplo, estudiar para un examen de certificación de TUS o planificar una boda); y
- Prepara a nuestro organismo para enfrentar una situación difícil o peligrosa (lo hace aumentando nuestro ritmo cardíaco y la respiración y activando nuestra respuesta automática “huir o luchar”).
- Sin embargo, al igual que el trastorno de depresión mayor, la ansiedad puede convertirse en un problema cuando alcanza niveles que interfieren con nuestro funcionamiento diario:
  - En el trabajo o lugar de estudios;
  - En la comunidad; o
  - En el hogar.
- Si la ansiedad está presente todo el tiempo, puede causar efectos muy perjudiciales en nuestro(a):
  - Cuerpo;
  - Salud y bienestar emocional; y
  - Capacidad de pensar con claridad.
- Por otra parte, la ansiedad es perjudicial cuando causa excesiva preocupación y cuando se produce:
  - Durante largos períodos; o
  - En situaciones sobre las que no tenemos mucho o ningún control que podrían ser muy estresantes.
- Los trastornos de ansiedad afectaban a un 3.6% de la población global en el año 2015.
- Hay un total de 12 trastornos de ansiedad específicos y diferentes, cada uno con sus propios criterios. Vamos a analizar tres de los trastornos de ansiedad más comunes:
  - Trastorno de pánico.
  - Trastorno de ansiedad social (a veces llamado también trastorno de fobia social); y
  - Trastorno de ansiedad generalizada.
- También incluiremos en nuestra discusión el trastorno de estrés postraumático. Previamente, este trastorno se clasificaba dentro de los trastornos de ansiedad. En el DSM-5, se incluye en la categoría de Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.

## Trastorno de Pánico

- Una de las características fundamentales de los trastornos de pánico es la recurrencia de ataques de pánico inesperados. Los ataques de pánico son momentos de intenso miedo o malestar que se producen cuando no existe un peligro real<sup>14</sup>.
- Un trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico recurrentes e inesperados junto con una preocupación persistente por tener ataques de pánico.
- Los ataques de pánico no se consideran un trastorno por sí solos, pero deben estar presentes para un diagnóstico de trastorno de pánico.

---

14 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.,). Washington, DC: Author.

- Los criterios para el trastorno de pánico se señalan en la Página de Apoyo 4.8.
- Los ataques de pánico no son considerados un trastorno por sí solos, pero deben estar presentes para un diagnóstico de un trastorno de pánico.
- Ciertas sustancias, como la cafeína u otros estimulantes, pueden desencadenar un ataque de pánico imitando los síntomas. Una vez que la persona comienza a sentir los síntomas, el ataque empeora debido al temor de la persona a tener un ataque.
- Un ataque de pánico podría ser desencadenado, pero no siempre, por algún tipo de situación que el individuo encuentra angustiante. La progresión de un ataque de pánico podría abarcar algunos de los siguientes puntos:
  - Habitualmente comienza de manera repentina, y las personas rara vez se dan cuenta de que hubo un evento o un pensamiento desencadenante.
  - Alcanza su punto máximo rápidamente, generalmente en 10 minutos o menos.
  - Suele ser acompañado de una intensa sensación de peligro, de fatalidad, o de enloquecimiento. La persona frecuentemente siente un impulso de huir del lugar del ataque.

## Trastorno de Ansiedad Social

- El trastorno de ansiedad social en ocasiones también recibe el nombre de fobia social.
- Estar en situaciones sociales o en las que deban desempeñar un rol puede provocar ansiedad en muchas personas. Sin embargo, estas situaciones pueden ser tan emocionalmente paralizantes para las personas con este trastorno que pueden sufrir ansiedad con sólo pensar en la situación. Por otra parte, situaciones “normales” que no provocan ansiedad en la mayoría de las personas, pueden ser muy dolorosas para alguien con fobia social<sup>15</sup>.
- Ejemplos de situaciones “normales” que pueden provocar ansiedad en alguien con fobia social incluyen:
  - Comer frente a otras personas;
  - Asistir a grandes fiestas o a encuentros pequeños;
  - Hablar con alguien con autoridad; e incluso
  - Utilizar un baño público.
- La fobia social es un miedo marcado y persistente a una o más situaciones sociales o de desenvolvimiento en que el individuo se expone a personas desconocidas o a un posible escrutinio por parte de los/las demás.
- En niños/niñas, debe haber evidencia de la capacidad de desarrollar relaciones sociales apropiadas para su edad con personas conocidas y la ansiedad debe producirse en entornos de pares, no sólo en interacciones con adultos.
- Los criterios de diagnóstico para el trastorno de ansiedad social se señalan en la Página de Apoyo 4.10.

<sup>15</sup> American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

- Algunos datos acerca de la fobia social:
  - Se produce en algún momento en el 3 al 13 por ciento de la población.
  - Las mujeres corren un riesgo ligeramente mayor que los hombres.
  - Tiende a producirse en las familias.
  - Podría comenzar inmediatamente después de una situación estresante o humillante.
  - Frecuentemente continúa durante toda la vida<sup>16</sup>.

## Trastorno de Ansiedad Generalizada

- Los elementos esenciales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad y preocupación excesivas (anticipación aprensiva) que la persona encuentra difícil de controlar. Esta ansiedad podría centrarse en una serie de acontecimientos o actividades (tales como el desempeño en los estudios o en el trabajo).

## Relación entre los TUS y los Trastornos de Ansiedad

- Algunas sustancias, como la cocaína y las anfetaminas, pueden llevar la ansiedad a niveles perjudiciales.
- El abuso de medicamentos ansiolíticos, principalmente benzodiacepinas, suele ser resultado de una prescripción para un trastorno de ansiedad:
  - Se reduce la ansiedad, pero el medicamento es altamente adictivo;
  - Los síntomas de la abstinencia se asemejan a los síntomas de la ansiedad — la persona podría interpretar que eso significa que todavía está experimentando ansiedad y que debe continuar con el medicamento; y
  - Los síntomas paradójicos son comunes en el abuso de benzodiacepinas — una vez que la persona usuaria se hace dependiente, podría experimentar un aumento de la ansiedad y agresividad.
  - Otras sustancias, como la marihuana, pueden reducir la ansiedad hasta el punto de disminuir la motivación de una persona para desempeñar sus actividades normales, como por ejemplo, buscar un trabajo cuando se encuentra desempleado(a).
  - A veces, las personas consumen sustancias para prevenir futuros ataques de ansiedad o para bloquear recuerdos traumáticos.
  - Otros podrían usar sustancias para ayudar a “aliviar” una situación que les provoca ansiedad, como por ejemplo, tomarse unos pocos tragos antes de conocer a personas nuevas en una cena, o necesitar fumar marihuana antes de hablar con un supervisor(a).
- Cuando se trabaja con personas con TUS y que podrían tener un trastorno de ansiedad, es importante recordar que:
  - La abstinencia de depresores, opioides y estimulantes suele provocar fuertes síntomas de ansiedad. Como vimos en el caso anterior sobre la ansiedad social, las personas intentan aliviar su ansiedad bebiendo alcohol. El alcohol es un depresor cerebral y es probable que tenga efectos ansiolíticos justo después de beber o en la abstinencia.

---

16 Moore, K., Matthews, C., Hunt, W. M., Pape, B. S., Fox, M., & Mueser, K. (2002). Co-occurring disorders treatment manual. Tampa, FL: University of South Florida Department of Mental Health Law & Policy, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.

- Los problemas médicos y los medicamentos pueden producir síntomas de ansiedad.
- Las personas con TUS y trastornos de ansiedad co-ocurrentes suelen usar una variedad de sustancias.
- Adicionalmente, un(a) terapeuta de TUS debe tener presente que:
  - Generalmente, el uso de sustancias es más una causa de los síntomas de ansiedad que una cura para esos síntomas.
  - Debido a que los síntomas de ansiedad podrían ser el resultado de los TUS y no de un trastorno mental subyacente, una evaluación minuciosa y continua es esencial.
- La depresión y la ansiedad pueden verse similares, por lo que es importante intentar diferenciarlas. El/la terapeuta debe preguntarse:
  - ¿Se trata de una expresión común de ansiedad?
  - ¿Esta ansiedad se asocia a una enfermedad mental más grave, a una condición médica, a efectos secundarios de algún medicamento, o a un cambio inducido por sustancias?
- Las sensibilidades especiales de las personas usuarias que experimentan ansiedad, en particular la fobia social, podría significar que la consejería grupal sea inadecuada.
- Las personas usuarias que se exponen a situaciones que provocan ansiedad podrían requerir ayuda especial para desarrollar planes de afrontamiento para evitar recaídas.

## Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés

- Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés involucran la exposición a un evento traumático o estresante. Anteriormente los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés se consideraban trastornos de ansiedad. Sin embargo, ahora se consideran trastornos distintos debido a que muchas personas usuarias no presentan ansiedad, sino que presentan síntomas de anhedonia o disforia, ira, agresividad o disociación<sup>17</sup>.
- Entre los trastornos específicos se incluye el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). El TEA y el TEPT son similares excepto por el hecho de que el TEA por lo general comienza inmediatamente después de la exposición al trauma y tiene una duración de entre 3 días y 1 mes; en tanto que el TEPT tiene una duración de más de un mes, ya sea como continuación de un TEA, o como una ocurrencia separada hasta 6 meses después de la exposición al trauma.
- En estos trastornos el estrés es necesario (aunque no suficiente) para la aparición del trastorno. Esto ayuda a distinguir los trastornos que son precipitados por un estresor traumático (como el TEPT) y los que podrían ser exacerbados por uno<sup>18</sup>.
- El TEPT puede producirse después de que una persona ha estado expuesta a algún tipo de evento traumático, como una agresión sexual ya sea real o una amenaza, un abuso sexual o físico en la infancia, un accidente automovilístico grave, o experiencias de guerra. El evento es re-experimentado repetidamente a través de:

17 <http://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/anxiety-and-stressor-related-disorders/overview-of-trauma-and-stressor-related-disorders>

18 Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, et al: Classification of trauma and stress-related disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 28:737–49, 2011

- Recordar el evento o incluso que el recuerdo del evento sea desencadenado por olores o sonidos del mismo;
  - Soñar con el evento;
  - Actuar o sentir como si el trauma estuviera ocurriendo nuevamente; y
  - Sentir intensa angustia psicológica o malestar físico al recordar el evento.
- Los criterios de diagnóstico para el TEPT se señalan en la Página de Apoyo 4.14.
- A modo de repaso de los síntomas del TEPT, es necesario tener presente que los individuos con TEPT podrían experimentar:
- Sentimientos de desapego de los demás;
  - Incapacidad de recordar el suceso;
  - Sentimiento de fatalidad sobre el futuro;
  - Dificultad para conciliar o mantener el sueño;
  - Dificultad para concentrarse;
  - Irritabilidad o arrebatos de ira; y
  - Sensación de estado de alerta, con una respuesta de sobresalto exagerada.
- El TEPT puede ocurrir a cualquier edad; y a cualquier persona que experimente un trauma severo.
- Tanto la gravedad como la duración del trauma son factores críticos para el desarrollo de este trastorno.
- Aproximadamente la mitad de las personas que buscan tratamiento para el TUS cumplen con los criterios actuales para el TEPT, una estimación más de 5 veces superior a la tasa de prevalencia durante la vida en los Estados Unidos.
- Adicionalmente, el pronóstico para individuos en tratamiento por TUS que tienen un TEPT co-ocurrente es peor en comparación con los que no tienen un TEPT. Por ejemplo, los individuos con un TEPT co-ocurrente informan cravings o deseos más intensos de drogas/alcohol y tienden a recaer más rápidamente que los individuos que no sufren un TEPT al finalizar el tratamiento del TUS<sup>19</sup>.
- El tratamiento del TUS/TEPT comórbido es un desafío. Los/las profesionales clínicos han calificado el grupo de personas con TUS/TEPT comórbido como el más difícil de tratar. Uno de los aspectos más singulares y difíciles de tratar del TUS/TEPT es comprender cuándo y cómo integrar de mejor manera los diferentes componentes del tratamiento para el trauma y para el TUS. Por lo general, las personas con TUS/TEPT que se presentan para tratamiento siguen consumiendo activamente sustancias o están en una remisión temprana. Muchas personas con TUS/TEPT tendrán una recaída en algún momento del tratamiento, tanto si están inscritos en un programa integrado o estándar de tratamiento del uso de sustancias<sup>20</sup>.

---

19 Berenz, E. C., & Coffey, S. F. (2012). Treatment of Co-occurring Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(5), 469–477. <http://doi.org/10.1007/s11920-012-0300-0>

20 Back, S. E., Waldrop, A. E., & Brady, K. T. (2009). Treatment Challenges Associated with Comorbid Substance Use and Posttraumatic Stress Disorder: Clinicians' Perspectives. *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 18(1), 15–20. <http://doi.org/10.1080/10550490802545141>

- Las intervenciones incluyen terapias psicosociales integradas que abordan simultáneamente tanto el TUS como el TEPT, habilidades de afrontamiento (p. ej., habilidades de rechazo a las drogas, afrontamiento de desencadenantes, resolución de problemas, técnicas de relajación) para ayudar a la persona usuaria a lograr o mantener la abstinencia o reducir significativamente el consumo de alcohol y drogas, y la psicoeducación. Abordar el trauma podría ayudar a facilitar la disminución del uso de sustancias de las personas usuarias que continúan consumiendo para hacer frente a los síntomas relacionados con éste.

## Trastornos Psicóticos

- La característica principal de todos los trastornos psicóticos es que los síntomas se centran en problemas del pensamiento y la percepción.
- Las principales características de los trastornos psicóticos son:
  - Delirios. Son creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de pruebas en su contra. Su contenido podría incluir una variedad de temas (p. ej., persecutorios, referenciales, somáticos, religiosos, de grandeza). Los delirios se consideran extravagantes si son claramente inverosímiles, incomprensibles para personas de la misma cultura, y no proceden de experiencias de la vida corriente. Un ejemplo de delirio extravagante es la creencia de que una fuerza externa le ha quitado al individuo sus órganos internos y se los ha sustituido por los de otra persona sin dejar heridas ni cicatrices. Un ejemplo de delirio no extravagante es la creencia de que uno está siendo vigilado por la policía, a pesar de la ausencia de pruebas convincentes.
  - Alucinaciones. Las alucinaciones son percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetas al control voluntario. Podrían darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia y en los trastornos relacionados. Las alucinaciones auditivas habitualmente se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como diferentes del propio pensamiento.
  - Discurso desorganizado. El pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento) habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto podría cambiar de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones laxas). Sus respuestas a las preguntas podrían estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto (tangencialidad).
  - Comportamiento Muy Desorganizado o Catatónico. El comportamiento muy desorganizado o catatónico se podría manifestar de diferentes maneras, desde las “tonterías” infantiloides a la agitación impredecible. Podrían evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas<sup>21</sup>.

21 American Psychiatric Association (2013). Diagnostic Statistical manual of mental Disorders (5th ed.) Washington D.C.: Author



## Esquizofrenia

- La esquizofrenia es el tipo más común de trastorno psicótico. Se puede definir como un trastorno cerebral crónico, grave y discapacitante, que se caracteriza por la desintegración de los procesos del pensamiento y de las respuestas emocionales.
- Las personas con esquizofrenia muestran síntomas que se describen como “positivos” o “negativos”. Una forma fácil de entender la diferencia entre los síntomas positivos y negativos es considerando los síntomas positivos como aquellos que “se suman”, y los negativos como aquellos que “se restan”.
- Los síntomas positivos se encuentran en personas con esquizofrenia pero no están presentes en aquellas personas que no tienen el trastorno.
- Son “positivos” porque son pensamientos y sentimientos que “se suman” a lo que es normal en la forma de pensar y sentir de una persona (son excesos o distorsiones del funcionamiento normal del individuo). Entre los síntomas positivos se incluyen:
  - Delirios;
  - Alucinaciones;
  - Pensamiento desorganizado (discurso); y
  - Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
- Los síntomas negativos son aquellos que demuestran una falta de respuestas emocionales normales o de otros procesos del pensamiento.
- Son “negativos” porque son síntomas que “se restan” de lo que es normal — una disminución o una pérdida del funcionamiento normal.
- Entre los síntomas negativos se incluyen:
  - Falta de deseo o motivación para alcanzar metas;
  - Falta de habilidades sociales;
  - Falta de deseo de formar relaciones;
  - Embotamiento emocional;
  - Limitaciones en el pensamiento y en el discurso;
  - Expresión emotiva disminuida; y
  - Abulia.
- Los síntomas negativos son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos de los síntomas negativos son especialmente prominentes en la esquizofrenia:
  - Expresión emotiva disminuida; y
  - Abulia.
- La expresión emotiva disminuida consiste en una disminución de la expresión de las emociones en el rostro, el contacto ocular, la entonación del habla (prosodia) y los movimientos de las manos, la cabeza y la cara, que habitualmente dan un énfasis emotivo al discurso. La abulia es una disminución



de las actividades realizadas por iniciativa propia y motivadas por un propósito. El individuo podría permanecer sentado durante largos períodos de tiempo y mostrar escaso interés en participar en actividades laborales o sociales.

- Los síntomas de la esquizofrenia por lo general aparecen por primera vez en la edad adulta joven, a mitad de la veintena en los hombres, y a finales de la veintena en las mujeres. La esquizofrenia tiene una prevalencia global a lo largo de la vida de alrededor del 0.5 – 1.5 por ciento.
- Los factores genéticos desempeñan un importante papel en la esquizofrenia. Los familiares directos de las personas con este trastorno tienen un riesgo 10 veces mayor de desarrollarlo que miembros de la población general<sup>22</sup>.
- Por otra parte, los resultados de un meta-análisis de 2011 muestran que existe una relación importante entre el uso de cannabis y la aparición más temprana de la enfermedad psicótica (2 años antes que en las personas que no consumen cannabis).
- Los resultados también sugieren que el uso de cannabis juega un papel causal en el desarrollo de la psicosis en algunas personas<sup>23</sup>.
- Los criterios de diagnóstico para la esquizofrenia se señalan en la Página de Apoyo 4.17.

## La Esquizofrenia y los TUS

- La tasa de TUS entre las personas que sufren esquizofrenia es muy alta: un 47 por ciento. Los trastornos de ansiedad y de depresión también son comunes<sup>24</sup>.
- Los trastornos de ansiedad, de depresión, y los TUS pueden complicar la esquizofrenia. Por ejemplo:
  - La depresión puede empeorar los síntomas negativos de la esquizofrenia.
  - Los ataques de pánico pueden impulsar delirios paranoides.
  - El abuso de cannabis puede desencadenar o empeorar los síntomas positivos (como las alucinaciones y la desorganización)<sup>2</sup>.
- Los/las terapeutas de TUS deben saber que la esquizofrenia complica el tratamiento de los TUS:
- Cuando no se trata, los síntomas positivos suelen hacer imposible que la persona se enfoque en cualquier tipo de tratamiento.
- Incluso cuando la persona usuaria es tratada con medicamentos, los síntomas negativos de la esquizofrenia (que responden peor a la medicación que los síntomas positivos) podrían hacer difícil para la persona usuaria trabajar en un entorno grupal o asistir de forma constante a las sesiones del tratamiento. Es posible que los programas deban hacer adaptaciones especiales.
- Lo que podría parecer resistencia o negación podría ser sólo la aparición de los síntomas negativos.
- Los/las terapeutas de TUS también deben estar conscientes de que los efectos de diversas drogas pueden imitar la esquizofrenia. Entre éstas se incluyen:

22 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.,). Washington, DC: Author

23 Large, M., Sharma, S., Compton, M., Slade, T., Nielssen, O., & McRim, F. (2011). Cannabis use and earlier onset of psychosis. Archives of General Psychiatry, 68(6), 555–561.

24 Buckley, P. F., Miller, B. J., Lehrer, D. S., & Castle, D. J. (2009). Psychiatric comorbidities and schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 35(2), 383–402. Obtenido en febrero 13, 2012, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2659306>

- Cannabis: Aunque es un alucinógeno suave, sus efectos podrían imitar la esquizofrenia en algunas personas usuarias.
- Dietilamida del ácido lisérgico (LSD): Una potente droga psicodélica; sus efectos se asemejan mucho a la esquizofrenia.
- Ketamina: Un anestésico general (también conocido como Keta) para procedimientos veterinarios.
- Dimetoximetilanfetamina (DOM): Una droga de diseño psicodélica/anfetamínica también conocida como STP.
- Dimetoxibromoanfetamina (DOB): Una droga psicodélica/anfetamínica de diseño, también conocida como Bromo-DMA.
- Metanfetamina: Una droga psicoestimulante a menudo fabricada ilegalmente y también conocida como meta.
- Es importante realizar un análisis de orina inmediato cuando una persona usuaria es admitida a tratamiento para descartar la posibilidad de que el efecto de una sustancia esté imitando los síntomas de un trastorno mental.
- No existe un patrón claro de uso de drogas entre las personas con esquizofrenia; las personas usuarias con este trastorno usan cualquier sustancia que esté disponible o de moda. La única excepción se refiere a que parece haber una fuerte conexión entre los trastornos psicóticos y la nicotina. La investigación ha revelado que la adicción a la nicotina es la forma más común de abuso de sustancias en personas diagnosticadas con esquizofrenia. Las personas con esquizofrenia presentan adicción a la nicotina en una proporción tres veces superior a la de la población general (75 a 90 por ciento frente a 25 a 30 por ciento)<sup>25</sup>.
- La evaluación continua es necesaria para comprender cabalmente el papel de los TUS en la psicosis de una persona usuaria.
- Tanto las psicosis como los TUS tienden a ser trastornos crónicos con múltiples recaídas y remisiones, apoyando la necesidad de un tratamiento de largo plazo.
- Adicionalmente, las personas con trastorno psicótico co-ocurrente tienen una particular necesidad de servicios de manejo de casos debido a que presentan vulnerabilidades relacionadas con:
  - Situación de calle o vivienda inestable;
  - Victimización;
  - Nutrición deficiente; y
  - Recursos financieros inadecuados.

## Trastornos de la personalidad

- Los trastornos de la personalidad habitualmente son tratados por terapeutas de TUS. Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del individuo, y que se inicia en la adolescencia o edad adulta temprana, es estable en el tiempo y conduce a considerable malestar o deterioro:

25 Jones, R. T., & Benowitz, N. L. (2002). Therapeutics for nicotine addiction. In K. L. Davis, D. Charney, J. T. Coyle, & C. Nemeroff (Eds.), *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress* (pp. 1533–1544). Nashville, TN: American College of Neuropsychopharmacology.

- Son duraderos o persistentes;
- Son rígidos o inflexibles;
- Son desadaptativos;
- Causan deterioro significativo en el funcionamiento social u ocupacional; y.
- Provocan una angustia personal significativa.
- En el caso de personas usuarias que experimentan trastornos de la personalidad, los síntomas son evidentes en:
  - Los pensamientos o las formas de mirar el mundo;
  - Los pensamientos sobre sí mismos(as) o los demás;
  - Las emociones, en relación con la adecuación, intensidad y rango;
  - El funcionamiento interpersonal, incluyendo las relaciones y las habilidades interpersonales; y
  - El control de impulsos.
- El DSM-5 aborda los trastornos de la personalidad bajo tres áreas diferentes, definidas como “conglomerados o grupos”. Estos grupos se basan en los tipos de síntomas o rasgos.
- El grupo A destaca los rasgos que implican un comportamiento extraño o excéntrico. Incluye tres trastornos de la personalidad:
  - Trastorno de la personalidad paranoide, con un patrón de desconfianza y de sospecha de los motivos de los demás, catalogándolos como malévolos (que tienen o muestran mala voluntad o que desean el mal);
  - Trastorno de la personalidad esquizoide, con un distanciamiento de las relaciones sociales; y una gama restringida de la expresión emocional; y
  - Trastorno de la personalidad esquizotípica, con un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento<sup>26</sup>.
- Estos trastornos de la personalidad no se ven comúnmente con los TUS, por lo que no los discutiremos en profundidad.
- El Grupo B destaca los rasgos de comportamiento dramático, emocional, o errático. Incluye los siguientes trastornos de la personalidad:
  - Trastorno de la personalidad antisocial, con un patrón de desconsideración y de vulneración de los derechos de los demás;
  - Trastorno de la personalidad límite, con un patrón de impulsividad e inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos;
  - Trastorno de la personalidad histriónica, con un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas; y
  - Trastorno de la personalidad narcisista, con un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.

26 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.,). Washington, DC: Author.

- El grupo C destaca los rasgos que implican un comportamiento ansioso o temeroso. Incluye tres trastornos de la personalidad:
  - Trastorno de la personalidad evitativa, con un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa;
  - Trastorno de la personalidad dependiente, con un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado(a); y
  - Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, con un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
- El DSM-5 enumera seis criterios generales para el trastorno de la personalidad que se aplican a todos los trastornos de la personalidad<sup>27</sup>.
- Los criterios de diagnóstico se señalan en la Página de Apoyo 4.19.
- Este módulo aborda específicamente dos trastornos de la personalidad: el trastorno de la personalidad antisocial, porque las personas con este trastorno representan un gran porcentaje de las personas usuarias que ingresan a tratamiento de los TUS, y el trastorno de la personalidad límite, porque también se observa con frecuencia en el tratamiento de los TUS<sup>28</sup>.
- Resulta interesante observar que, según la Organización Mundial de la Salud, el número de hombres diagnosticados con trastorno de la personalidad antisocial es tres veces mayor que el de mujeres<sup>29</sup>.
- Lo contrario ocurre con el trastorno de la personalidad límite; las mujeres son diagnosticadas con este trastorno en mayor proporción que los hombres.

## Trastorno de la Personalidad Antisocial

- Los criterios de diagnóstico para el trastorno de la personalidad antisocial se señalan en la Página de Apoyo 4.20.
- Al contrario de lo que muestran los medios de comunicación, la mayoría de las personas diagnosticadas con trastorno de la personalidad antisocial (en especial las personas que habitualmente acuden a tratamiento de TUS) no son depredadores que utilizan la intimidación y la violencia para controlar a los demás y satisfacer sus propias necesidades.
- A veces resulta difícil diferenciar el trastorno de la personalidad antisocial de los TUS. Las personas con TUS a menudo muestran un comportamiento antisocial que forma parte de su comportamiento de TUS. Por ejemplo:
  - Involucrarse en una actividad ilícita para obtener y pagar la droga;
  - Deshonestidad y manipulación para proteger su uso de drogas; y
  - Provocar daño emocional a otras personas.

27 Reproducido con autorización de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Copyright ©2000). American Psychiatric Association.

28 Flynn, P. M., Craddock, S. G., Luckey, J. W., Hubbard, R. L., & Duntzman, G. H. (1996). Comorbidity of antisocial personality and mood disorders among psychoactive substance-dependent treatment clients. *Journal of Personality Disorders*, 10(1), 56–67.

29 World Health Organization. (n.d.). Gender and women's mental health: Gender disparities and mental health—The facts. Obtenido en febrero 28, 2011, de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en)

- Debido a que la manipulación y el engaño son características centrales del trastorno de la personalidad antisocial, es necesario realizar una evaluación cuidadosa. Resulta especialmente útil integrar la información de la evaluación clínica con la obtenida de fuentes colaterales (familia, empleadores) cuando se trabaja con personas usuarias que padecen este trastorno. Desarrollar una relación de confianza es un factor clave. Sin embargo, también es importante mantener límites claros con una persona usuaria que tiene un trastorno de la personalidad antisocial.
- También es importante:
  - Examinar la historia de la persona antes de que empezara a usar sustancias para determinar la existencia de un patrón de conducta anterior al TUS (¿la persona usuaria tenía un historial de agresividad, impulsividad y hostilidad antes de los 15 años?); y
  - Continuar evaluando el comportamiento conforme la persona avanza en el tratamiento y la recuperación.
- Un(a) terapeuta de TUS puede utilizar diversos enfoques cuando trabaja con una persona con un trastorno de la personalidad antisocial. Estas personas a menudo han tenido pocas o ninguna relación significativa emocionalmente gratificante en sus vidas. En consecuencia, la relación terapéutica puede ser una de las primeras relaciones de este tipo que experimentan. Al principio, esto puede resultar difícil para la persona en tratamiento y un desafío para el/la terapeuta.
- La construcción de una alianza terapéutica es clave para el éxito del tratamiento. Una relación terapéutica estrecha sólo puede darse cuando se ha establecido una buena y sólida conexión con la persona usuaria y ésta puede confiar plenamente en el/la terapeuta.
- El/la terapeuta deberá:
  - Evitar entrar en discusiones y luchas de poder;
  - Utilizar la empatía y la escucha activa para establecer una conexión;
  - Ser claro(a) y consistente con respecto a los límites del programa y los límites personales, incluyendo evitar la auto-revelación del/de la terapeuta; y.
  - Depender menos de los autoinformes de las personas en tratamiento y más en mediciones objetivas, como los análisis de orina.

## Trastorno de la Personalidad Límite

- La característica esencial del trastorno de la personalidad límite es un patrón dominante de inestabilidad de:
  - Las relaciones interpersonales.
  - La autoimagen.
  - Las respuestas emocionales.
- Los criterios de diagnóstico para el trastorno de la personalidad límite se señalan en la Página de Apoyo 4.22.
- Debido a que los conceptos de idealización y devaluación son fundamentales para comprender el trastorno de la personalidad límite, debemos asegurarnos de entender su significado antes de continuar con la lista de síntomas.

- Idealización significa exagerar las cualidades positivas de los demás y no “ver” las cualidades negativas.
- Devaluación significa exagerar las cualidades negativas de los demás y no “ver” las cualidades positivas.
- La persona con trastorno de la personalidad límite idealizará y devaluará alternativamente a la misma persona; la persona es “absolutamente buena” o “absolutamente mala”. Esta valoración puede cambiar en un instante si la persona idealizada hace o dice algo que desencadena una reacción emocional negativa.

## Los Trastornos de la Personalidad Límite y los TUS

- Los/las terapeutas de TUS deben estar conscientes de que las personas con trastorno de la personalidad límite:
  - Suelen usar sustancias para calmar la creciente sensación de tensión o de pérdida de control al comienzo de un episodio de crisis;
  - Son muy susceptibles a la influencia de sus pares y podrían utilizar las mismas drogas de elección, vías de administración y frecuencia que los individuos con los que se relacionan; o
  - Podrían usar sustancias siguiendo patrones peculiares e impredecibles.
- El uso de múltiples drogas, que podría incluir alcohol y sedantes-hipnóticos como forma de automedicarse, es común.
- Las personas con trastorno de la personalidad límite son hábiles en buscar múltiples fuentes de su medicación preferida, como las benzodiacepinas, y una vez obtenidas las prescripciones, exigen su continuidad para evitar una abstinencia peligrosa.

## Presentación Interactiva: Trastorno por Déficit de Atención / Hiperactividad (TDAH)

- Muchos(as) terapeutas de TUS nunca atienden a niños/niñas o adolescentes en su práctica. Sin embargo, los/las terapeutas que trabajan en zonas rurales y muchos que se desempeñan en entornos basados en la comunidad deben estar preparados(as) para abordar las necesidades de toda la comunidad.
- La principal razón para examinar los trastornos de la niñez es que algunos de ellos persisten hasta la edad adulta y co-ocurren con TUS. Los trastornos habitualmente se manifiestan temprano en la etapa de desarrollo, a menudo antes de que el niño/niña ingrese a la escuela, y se caracterizan por déficits en el desarrollo que producen un deterioro en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional.
- El DSM-5 señala que no hay una distinción real entre trastornos de la “niñez” y de “adultos”. Si bien algunos individuos con trastornos que se han iniciado en la infancia, niñez, y adolescencia, acuden a un(a) terapeuta durante esas edades, muchos(as) no son diagnosticados(as) hasta la edad adulta. Adicionalmente, muchos trastornos de “adultos” tienen su inicio durante la niñez o la adolescencia. De esta forma, un “niño/niña” puede ser diagnosticado(a) con un trastorno de “adulto” y viceversa<sup>30</sup>.

---

30 American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.,). Washington, DC: Author.

- En muchos países alrededor del mundo, el uso de sustancias y el uso problemático de sustancias se inicia en la niñez y en la adolescencia temprana. Por ejemplo, en los Estados Unidos, el once por ciento de los niños/niñas cumple con los criterios de diagnóstico para un trastorno por uso de sustancias antes de los 18 años de edad (Merikangas et al., 2010). Es importante que las personas que trabajan con adultos(as) con trastornos por uso de sustancias reconozcan que los problemas de uso de drogas suelen comenzar temprano en la vida, y que pueden empeorar con el tiempo<sup>31</sup>.
- Otros problemas de salud mental comunes que ocurren en la niñez son los TDAH y los trastornos de conducta. Por ejemplo, en los Estados Unidos, los niños tienen tres veces más posibilidades de ser diagnosticados con TDAH que las niñas. Durante sus vidas, un 13 por ciento de los varones será diagnosticado con TDAH, y sólo un 4.2 por ciento de las mujeres recibirá este diagnóstico (<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd>)
- El trastorno de conducta es un problema psiquiátrico que se observa en la infancia y en la adolescencia y que se caracteriza por un patrón consistente de vulneraciones de las normas y por un comportamiento antisocial (p. ej., agresión, destrucción de la propiedad, mentiras frecuentes). Al igual que el TDAH, el trastorno de conducta se diagnostica con más frecuencia en los varones que en las mujeres en los EE.UU. (p. ej., entre el 6 y 16 por ciento de los niños y entre el 2 y 9 por ciento de las niñas).
- Estos problemas a menudo son sobre diagnosticados y para el TDAH, se suelen prescribir medicamentos a los niños/niñas con demasiada frecuencia, sin considerar que las habilidades parentales y otras modificaciones de la conducta podrían servir para ayudar al niño/niña a mejorar su comportamiento en diferentes entornos.
- Se puede encontrar información adicional en la Página de Apoyo 4.25.
- Existe una importante relación entre los trastornos por uso de sustancias, el TDAH y el trastorno de conducta. Por ejemplo, una revisión sistemática y un meta-análisis revelaron que el diagnóstico de TDAH estaba asociado a un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias, al igual que al trastorno de conducta<sup>32</sup>.
- Tanto el TDAH como el trastorno de conducta tienen la característica común de la impulsividad. Resultados de investigaciones realizadas demuestran que la impulsividad es tanto un factor de riesgo como una consecuencia de los trastornos por uso de sustancias. En consecuencia, los tratamientos para los trastornos por uso de sustancias deben incluir formas de reducir la impulsividad<sup>33</sup>.
- Con frecuencia el TDAH se ha considerado como una “enfermedad estadounidense”. Sin embargo, parece estar mucho más extendida. Un exhaustivo estudio de revisión del año 2003 concluyó que la prevalencia del TDAH es al menos tan alta en niños/niñas no estadounidenses como en niños/niñas estadounidenses<sup>34</sup>.

31 [https://www.jpedhc.org/article/S0891-5245\(16\)30279-6/pdf](https://www.jpedhc.org/article/S0891-5245(16)30279-6/pdf) <https://www.psychiatrictimes.com/view/problemsoverdiagnosis-and-overprescribing-adhd> <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/attention-deficit-hyperactivitydisorder-adhd> <https://www.aafp.org/aafp/2001/0415/p1579.html>

32 Erskine HE, Norman RE, Ferrari AJ, Chan GC, Copeland WE, Whiteford HA, Scott JG. Long-Term Outcomes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Oct;55(10):841-50.

33 Moeller, F. Gerard MD; Dougherty, Donald M. PhD Impulsivity and Substance Abuse: What Is the Connection?, *Addictive Disorders & Their Treatment*: May 2002 - Volume 1 - Issue 1 - p 3-10

34 Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry*, 2(2), 104–113.



- Los niños/niñas con TDAH tienen un mayor riesgo de desarrollar posteriormente trastornos de la personalidad, incluido el Trastorno de la Personalidad Antisocial<sup>35</sup>.
- Se ha postulado que el trastorno de conducta desempeña un papel mediador entre el TDAH y el desarrollo posterior de trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias<sup>36</sup>.
- Sin embargo, los niños/niñas con TDAH con o sin trastorno de conducta co-ocurrente tienen un mayor riesgo de desarrollar posteriormente un trastorno de la personalidad antisocial<sup>37</sup>.
- Antes se pensaba que los niños/niñas “superaban” el TDAH. Ahora sabemos que muchos adultos(as) siguen teniendo problemas asociados al TDAH, y el trastorno con frecuencia no se reconoce hasta la edad adulta.
- En el Módulo 2 aprendimos que numerosos estudios han documentado un mayor riesgo de TUS en jóvenes con TDAH no tratado.
- También se mencionó que algunos investigadores(as) postulan que este riesgo sólo existe para un subconjunto de esos individuos: los que presentan impulsividad y trastorno de conducta comórbido. Actualmente, los investigadores(as) están explorando esa relación comórbida debido a que los síntomas de inadaptación emocional y conductual a menudo conducen a un grado significativo de superposición entre el trastorno de conducta y el TDAH.
- Sabemos que aproximadamente un tercio de los adultos(as) con TDAH tienen antecedentes de abuso o dependencia del alcohol, y el 20 por ciento tiene otros antecedentes de TUS, especialmente relacionados con la marihuana<sup>38</sup>.
- La presencia del TDAH complica el tratamiento del abuso de sustancias debido a que las personas con este TCO podrían:
  - Presentar mayor dificultad para participar en el tratamiento;
  - Experimentar dificultades para aprender habilidades de abstinencia;
  - Presentar mayor riesgo de recaer en el uso de sustancias; y
  - Presentar resultados menos exitosos en relación al tratamiento del uso de sustancias.
- Los/las terapeutas de TUS pueden ayudar a las personas con TDAH a tener éxito en el tratamiento siguiendo estas sugerencias:
  - Estar atentos(as) a señales de un TDAH no diagnosticado;
  - Aclarar repetidamente a la persona usuaria qué elementos de una pregunta está respondiendo y lo que todavía queda por responder;

35 Storebø OJ and Simonsen E. The Association Between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD). *Journal of Attention Disorders* 2016; 20(10): 815-824.

36 Tuithof M1, ten Have M, van den Brink W, Vollebergh W, de Graaf R. The role of conduct disorder in the association between ADHD and alcohol use (disorder). Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Drug Alcohol Depend.* 2012 Jun 1;123(1-3):115-21.

37 Zulauf CA, Sprich SE, Safren SA, Wilens TE. The Complicated Relationship Between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders. *Current psychiatry reports.* 2014;16(3):436. doi:10.1007/s11920-013-0436-6.

38 U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol series 42. HHS Publication No. (SMA) 05-3992. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.



- ✎ Eliminar del entorno el mayor número posible de estímulos distractores (tales como ruidos y colores brillantes).
- ✎ Utilizar ayudas visuales y físicas para transmitir la información;
- ✎ Mantener reuniones breves y disminuir la duración de los intercambios verbales; y
- ✎ Fomentar el uso de herramientas organizativas por parte de las personas en tratamiento (por ejemplo, diarios de actividades, horarios escritos y listas de tareas) para llevar un control de acontecimientos e información importante.



---

# Módulo 5

---

## TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR SUSTANCIAS

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Contenido y Programa de Trabajo</i> .....                     | 301 |
| <i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje</i> ..... | 301 |
| <i>Diapositivas en PowerPoint</i> .....                          | 302 |
| <i>Páginas de Apoyo</i> .....                                    | 312 |
| <i>Resumen</i> .....                                             | 326 |



| Contenido y Programa de Trabajo                                                                       |                   |                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| Actividad                                                                                             | Duración          | Persona Responsable |
| Introducción al Módulo 5                                                                              | 5 minutos         |                     |
| Presentación: ¿Qué son los trastornos mentales inducidos por sustancias?                              | 15 minutos        |                     |
| Presentaciones en grupos pequeños:<br>Categorías generales de los trastornos inducidos por sustancias | 70 minutos        |                     |
| <b>Receso</b>                                                                                         | <b>15 minutos</b> |                     |

## Metas y Objetivos del Módulo 5

### Metas de la Capacitación

- Proporcionar una visión general del concepto de los trastornos mentales inducidos por sustancias; y
- Proporcionar una visión general de trastornos mentales específicos inducidos por sustancias.

### Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 5 serán capaces de:

- Señalar al menos tres formas en que podría ser difícil identificar los trastornos inducidos por sustancias;
- Identificar al menos 2 características diagnósticas de la intoxicación por sustancias, la abstinencia y los trastornos inducidos por sustancias o medicamentos;
- Discutir la aplicabilidad de esta información en el trabajo de los/las participantes con los TUS y en sus comunidades.



UTC

Curriculo de Tratamiento Universal para  
Trastornos por Uso de Sustancias

## Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Una Visión General para Profesionales en Adicciones

Curso 3

### MODULO 5

TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS  
POR SUSTANCIAS



### Objetivos de Aprendizaje del Módulo 5

- Señalar al menos 3 formas en que podría ser difícil identificar los trastornos inducidos por sustancias.
- Discutir la aplicabilidad de esta información en su trabajo con los TUS y en sus comunidades.

5.2

- Por favor enumérense en series del 1 al 4.
- Recuerden su número hasta que estemos listos para comenzar con el ejercicio en grupos pequeños.

### 5.3

## ¿Qué son los trastornos mentales inducidos por sustancias?

- Los efectos de las sustancias pueden imitar los trastornos mentales de maneras que dificultan la identificación de las causas del trastorno.
- Los trastornos inducidos por sustancias son distintos de los trastornos mentales que co-ocurren con los TUS.
- Los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias son el resultado directo del consumo de sustancias.

5.4

## Síntomas de los Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias

- Ocurren en un momento determinado.
- Son el resultado del uso de sustancias, del abuso, de la intoxicación, o de la abstinencia.
- No son el resultado de un trastorno mental subyacente (aunque podría haber un trastorno mental *adicional*).

5.5



- Desde ansiedad y depresión leves (que son los más comunes para todas las sustancias).
- Hasta reacciones maníacas y psicóticas desarrolladas por completo (mucho menos comunes).

## El Principio del Balancín

- Lo que sube debe bajar: La abstinencia suele producir síntomas opuestos a los efectos de la sustancia.
- Útil para determinar qué tipo de síntomas de abstinencia podrían ser causados por qué sustancias.

Fuente: U.S Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). *Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders*. Treatment Improvement Protocol 42. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

5.7

## El Principio del Balancín (Ejemplos)

- Los síntomas agudos de la abstinencia de *depresores* fisiológicos (alcohol y benzodiacepinas) son hiperactividad, presión arterial elevada, agitación y ansiedad (temblores).
- Los síntomas de la abstinencia de *estimulantes* son la fatiga y la depresión.



5.8

## 5.9

## La Evaluación Continua es Importante

- Continuar evaluando los síntomas y su relación con la abstinencia o con el abuso continuado de sustancias a lo largo del tiempo.
- La mayor parte de los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias comienzan a mejorar en el transcurso de horas o días después de que se ha detenido el uso de la sustancia.

5.10

## Síntomas que no mejoran con rapidez

- Los síntomas psicóticos causados por un abuso excesivo y prolongado de anfetamina.
- Demencia (problemas de memoria, concentración y de resolución de problemas) causada por el uso de sustancias directamente tóxicas para el cerebro (alcohol, inhalantes y anfetaminas).

5.11

■ El uso de sustancias puede enmascarar los síntomas de los trastornos mentales.

- 

5.12

## Instrucciones para las Presentaciones de los Grupos Pequeños

- Trabajar con sus grupos en el tema asignado.
- Consultar la Página de Apoyo 5.1 para los temas asignados a los grupos.
- 40 minutos para preparar una presentación de 3 minutos sobre los temas asignados.
- Utilizar hojas de papelógrafo, marcadores, papeles de color, y otros materiales para las presentaciones.
- Designar a un presentador(a) o presentadores(as).

Fuente: Reproducido con autorización del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, (Copyright ©2013). American Psychiatric Association.

5.13



# Receso

## 15 minutos

5.14



## **Página de Apoyo 5.1:**

### *Asignación de Temas para las Presentaciones en Grupos Pequeños*

---

#### **Grupo 1:**

- **Página de Apoyo 5.2** – Intoxicación y Abstinencia de Sustancias.
- **Página de Apoyo 5.3** – Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias/Medicamentos.

#### **Grupo 2:**

- **Página de Apoyo 5.4** – Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias/Medicamentos.
- **Página de Apoyo 5.5** – Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias/Medicamentos.

#### **Grupo 3:**

- **Página de Apoyo 5.6** – Trastorno Bipolar y Trastornos Relacionados Inducidos por Sustancias/Medicamentos.
- **Página de Apoyo 5.7** – Trastorno Depresivo Inducido por Sustancias/Medicamentos.

#### **Grupo 4:**

- **Página de Apoyo 5.8** – Disfunción Sexual Inducida por Sustancias/Medicamentos.
- **Página de Apoyo 5.9** – Trastorno del Sueño Inducido por Sustancias/Medicamentos.
- **Página de Apoyo 5.10** – Trastorno Perceptivo Persistente por Alucinógenos (Reviviscencia o Flashback)



## Página de Apoyo 5.2:

### Intoxicación y Abstinencia de Sustancias

## A: Intoxicación por Sustancias

### Criterios de Diagnóstico

- A.** El desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de la sustancia (o exposición a ella). Nota: Diferentes sustancias podrían producir síndromes similares o idénticos.
- B.** Los cambios significativos problemáticos a nivel comportamental o psicológico, asociados a la intoxicación (p. ej., la beligerancia, la labilidad emocional, el juicio deteriorado), se atribuyen a los efectos fisiológicos de la sustancia sobre el sistema nervioso central, los cuales se desarrollan durante o al poco tiempo tras el uso de la sustancia.
- C.** Los síntomas no son atribuibles a otra afección médica general y no se explican mejor por otro trastorno mental.

### Características Diagnósticas

Los cambios más comunes conllevan alteraciones de:

- La percepción [conciencia o comprensión del entorno mediante la organización y la interpretación de la información sensorial];
- La vigilia;
- La atención;
- El pensamiento;
- El razonamiento;
- El comportamiento psicomotor; y
- El comportamiento interpersonal.

El cuadro clínico específico de la intoxicación por sustancias varía dramáticamente entre los individuos y depende de:

- La sustancia involucrada;
- La cantidad ingerida;
- La duración o cronicidad del uso (cuánto tiempo y con qué frecuencia la persona ha estado usando la sustancia);
- La tolerancia de la persona a la sustancia;
- El tiempo transcurrido desde el último uso;
- Las expectativas de la persona con respecto a los efectos de la sustancia; y
- El ambiente o entorno en que se ingiere la sustancia.

Reproducido con autorización del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, (Copyright ©2013). American Psychiatric Association.

Las intoxicaciones a corto plazo o “agudas” podrían presentarse con diferentes signos y síntomas que aquellas continuadas o “crónicas”. Por ejemplo, dosis moderadas de cocaína podrían producir inicialmente sociabilidad [amabilidad extrovertida], pero si esas dosis se repiten durante días o semanas, podría aparecer aislamiento social.

Diferentes sustancias (a veces incluso diferentes clases de sustancias) podrían producir idénticos síntomas. Por ejemplo, tanto la intoxicación por anfetaminas como por cocaína pueden presentar grandiosidad [sentimientos de superioridad y de auto-importancia superiores a la realidad] e hiperactividad, acompañada de taquicardia [ritmo cardíaco acelerado], dilatación pupilar, presión arterial elevada, y sudoración o escalofríos. Por otra parte, el alcohol y las sustancias del tipo de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos [contra la ansiedad] producen síntomas similares a los de la intoxicación.

Cabe destacar que el término intoxicación tiene una concepción más amplia desde el punto de vista fisiológico que el que se define en este manual. Muchas sustancias que no son necesariamente problemáticas pueden producir cambios fisiológicos o psicológicos. Por ejemplo, un individuo con taquicardia por el consumo excesivo de cafeína tiene una intoxicación fisiológica, pero si éste es el único síntoma en ausencia de un comportamiento problemático, el diagnóstico de intoxicación por cafeína no aplicaría. [Lo mismo ocurre con la intoxicación por nicotina]. La naturaleza desadaptativa de un cambio de comportamiento inducido por una sustancia depende del contexto social y ambiental. El comportamiento desadaptativo generalmente pone al individuo en riesgo significativo de sufrir efectos adversos (p. ej., accidentes, complicaciones médicas generales, alteración de las relaciones sociales y familiares, dificultades profesionales o financieras, problemas legales). Los signos y síntomas de intoxicación podrían persistir durante horas o días más allá del tiempo en que la sustancia es detectable en los fluidos corporales. Esto podría deberse a la persistencia de bajas concentraciones de la sustancia en ciertas zonas del cerebro o a un efecto “de ataque y retirada” en el que la sustancia modifica un proceso fisiológico, cuya recuperación toma más tiempo que el de eliminación de la sustancia. Estos efectos a largo plazo de la intoxicación se deben distinguir de los de la abstinencia (es decir, de los síntomas que se inician tras la reducción de las concentraciones de una sustancia en la sangre o los tejidos).

Los criterios para la abstinencia de una sustancia son específicos para la sustancia.

## **B: Abstinencia de las Sustancias**

### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** La característica esencial es el desarrollo de un cambio conductual problemático específico de la sustancia, con concomitantes fisiológicos y cognitivos, debido al cese o a la reducción del uso intenso y prolongado de la sustancia.
- B.** El síndrome específico de la sustancia produce un malestar o un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** Los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y tampoco se explican mejor por otro trastorno mental.
- D.** La abstinencia suele estar, aunque no siempre, asociada a un trastorno por uso de sustancias. La mayoría de las personas con abstinencia tiene una necesidad intensa de volver a administrarse la sustancia para reducir los síntomas.

### **Características Diagnósticas**

La mayoría de los individuos con abstinencia (y tal vez todos) presentan cravings o deseos intensos de volver a administrarse la sustancia para disminuir los síntomas. El diagnóstico del síndrome de abstinencia se reconoce en los siguientes grupos de sustancias:

- Alcohol;
- Anfetaminas y otras sustancias relacionadas;
- Cocaína;
- Nicotina;
- Opioides; y
- Sustancias sedantes-hipnóticas o ansiolíticas.

Los signos y síntomas de la abstinencia varían en función de la sustancia usada, siendo la mayoría de los síntomas los opuestos a los observados en la intoxicación con la misma sustancia. La dosis y la duración del uso y otros factores, como la presencia o ausencia de enfermedades adicionales, también influyen en los síntomas de la abstinencia. La abstinencia se desarrolla cuando las dosis se reducen o se detienen, mientras los signos y síntomas de intoxicación mejoran (gradualmente en algunos casos) tras la interrupción de la dosis.

## **Página de Apoyo 5.3:**

### ***Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias/Medicamentos***

---

Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos son síndromes potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces persistentes del sistema nervioso central (SNC) que se desarrollan como consecuencia de los efectos del abuso de sustancias, de medicamentos, o de algunas toxinas. Se diferencian de los trastornos por uso de sustancias, en los cuales un conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos contribuyen al uso continuado de una sustancia a pesar de importantes problemas relacionados con las sustancias. Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos pueden ser inducidos por las 10 clases de sustancias que producen los trastornos por uso de sustancias, o por una gran variedad de otros medicamentos utilizados en tratamientos médicos.

Es importante reconocer estas características comunes para ayudar en la detección de estos trastornos. Estas características se describen de la siguiente manera:

#### ***Criterios de Diagnóstico***

- A.** La alteración se presenta en forma de síntomas clínicamente significativos asociados a un trastorno mental relevante.
- B.** Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio de las dos condiciones siguientes:
  - 1.** El trastorno se desarrolla durante o dentro de 1 mes de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o de la administración del medicamento; y
  - 2.** La sustancia/medicamento implicado puede producir ese trastorno mental.
- C.** La alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (es decir, uno que no sea inducido por sustancias o por medicamentos). La evidencia de que existe un trastorno mental independiente podría conllevar lo siguiente:
  - 1.** La alteración antecede al inicio de la intoxicación o abstinencia agudas o a la exposición al medicamento; o
  - 2.** El trastorno mental completo persiste durante un tiempo considerable (p. ej., al menos 1 mes) tras el cese de la intoxicación o abstinencia agudas o de la administración del medicamento. Este criterio no se aplica a los trastornos neurocognitivos inducidos por sustancias o a los trastornos perceptivos persistentes por alucinógenos, que persisten más allá del cese de la intoxicación o abstinencia agudas.
- D.** El trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E.** El trastorno provoca malestar o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

### **Características**

Se pueden hacer algunas generalizaciones con respecto a las categorías de sustancias capaces de producir trastornos mentales inducidos por sustancias clínicamente relevantes. En general, los medicamentos con mayor efecto sedante (sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y el alcohol) pueden producir trastornos depresivos importantes y clínicamente significativos durante la intoxicación, mientras que es probable observar condiciones de ansiedad durante los síndromes de abstinencia de estas sustancias. Asimismo, durante la intoxicación, las sustancias más estimulantes (p. ej., las anfetaminas y la cocaína) suelen asociarse a trastornos psicóticos y de ansiedad inducidos, mientras que los episodios depresivos mayores inducidos suelen aparecer durante la abstinencia.

---

Reproducido con autorización del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, (Copyright ©2013). American Psychiatric Association.

## **Página de Apoyo 5.4:**

### ***Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias /Medicamentos***

---

#### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico.
- B.** Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio tanto de (1) como de (2):
  - 1.** Los síntomas del Criterio A se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.
  - 2.** La sustancia/medicamento en cuestión es capaz de producir los síntomas del Criterio A.
- C.** El trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas anteceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras evidencias que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D.** El trastorno no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E.** La alteración provoca malestar o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

## **Página de Apoyo 5.5:**

### ***Trastorno Psicótico Inducido por Sustancias /Medicamentos***

#### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Presencia de uno o ambos de los siguientes síntomas:
  - 1.** Delirios.
  - 2.** Alucinaciones.
- B.** Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio tanto de (1) como de (2):
  - 1.** Los síntomas del Criterio A se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o después de la exposición al medicamento.
  - 2.** La sustancia/medicamento en cuestión es capaz de producir los síntomas del Criterio A.
- C.** El trastorno no se explica mejor por un trastorno psicótico no inducido por sustancias/medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno psicótico independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras evidencias que sugieren la existencia de un trastorno psicótico independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D.** El trastorno no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E.** El trastorno provoca malestar o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

## **Página de Apoyo 5.6:**

### ***Trastorno Bipolar y Trastornos Relacionados Inducidos por Sustancias/ Medicamentos***

---

#### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Una notable y persistente alteración del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, con o sin estado de ánimo deprimido, o una marcada disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B.** Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio tanto de (1) como de (2):
  - 1.** Los síntomas del Criterio A se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición al medicamento.
  - 2.** La sustancia /medicamento en cuestión es capaz de producir los síntomas del Criterio A.
- C.** El trastorno no se explica mejor por un trastorno bipolar o un trastorno relacionado no inducido por sustancias/medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno bipolar o relacionado independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras evidencias que sugieren la existencia de un trastorno bipolar o un trastorno relacionado independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D.** El trastorno no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E.** La alteración provoca malestar o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.



## **Página de Apoyo 5.7:**

### ***Trastorno Depresivo Inducido por Sustancias /Medicamentos***

#### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Una notable y persistente alteración del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o una marcada disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
- B.** Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio tanto de (1) como de (2):
  - 1.** Los síntomas del Criterio A se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición al medicamento.
  - 2.** La sustancia/medicamento en cuestión es capaz de producir los síntomas del Criterio A.
- C.** El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. Dicha evidencia de un trastorno depresivo independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras evidencias que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D.** El trastorno no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E.** El trastorno provoca malestar o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

## **Página de Apoyo 5.8:**

### ***Disfunción Sexual Inducida por Sustancias /Medicamentos***

---

#### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Una alteración clínicamente significativa de la función sexual predomina en el cuadro clínico.
- B.** Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio tanto de (1) como de (2):
  - 1.** Los síntomas del Criterio A se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia o después de la exposición al medicamento.
  - 2.** La sustancia/medicamento en cuestión es capaz de producir los síntomas del Criterio A.
- C.** El trastorno no se explica mejor por una disfunción sexual no inducida por sustancias/medicamentos. Dicha evidencia de una disfunción sexual independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o intoxicación grave; o existen otras evidencias que sugieren la existencia de una disfunción sexual independiente no inducida por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D.** El trastorno no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E.** La alteración causa un malestar clínicamente significativo en el individuo.

## Página de Apoyo 5.9:

### Trastorno del Sueño Inducido por Sustancias /Medicamentos

#### Criterios de Diagnóstico

- A. Una alteración importante y grave del sueño.
- B. Existen evidencias a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio tanto de (1) como de (2):
  - 1. Los síntomas del Criterio A se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición al medicamento.
  - 2. La sustancia/medicamento en cuestión es capaz de producir los síntomas del Criterio A.
- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno del sueño no inducido por sustancias/medicamentos. Dicha evidencia de un trastorno del sueño independiente podría incluir lo siguiente:

Los síntomas preceden al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (p. ej., alrededor de 1 mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras evidencias que sugieren la existencia de un trastorno del sueño independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
- D. La alteración no ocurre exclusivamente durante el curso de un delirio.
- E. La alteración provoca malestar o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

## **Página de Apoyo 5.10:**

### ***Trastorno Perceptivo Persistente por Alucinógenos (Flashbacks)***

---

#### **Criterios de Diagnóstico**

- A.** Tras la suspensión del uso de un alucinógeno, volver a experimentar uno o más síntomas de tipo perceptual como los que se experimentaron durante la intoxicación con el alucinógeno, [por ejemplo]:
- ✎ Alucinaciones geométricas [ver formas y patrones geométricos que en realidad no existen en el entorno];
  - ✎ Percepciones falsas de movimiento en el campo visual periférico;
  - ✎ Destellos de color;
  - ✎ Intensificación de los colores;
  - ✎ Rastros tras las imágenes de objetos en movimiento;
  - ✎ Imágenes remanentes positivas [la “sombra” de un mismo color o de un color complementario de un objeto que permanece después de retirar el objeto];
  - ✎ Halos alrededor de los objetos;
  - ✎ Macropsia [un trastorno de la percepción visual en el que los objetos parecen más grandes que su tamaño real]; y
  - ✎ Micropsia [un trastorno de la percepción visual en el que los objetos aparecen más pequeños que su tamaño real].
- B.** Los síntomas del Criterio A causan un malestar o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** Los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica general (p. ej., lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, afectación visual de la epilepsia) y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., delirio, demencia, esquizofrenia) o alucinaciones hipnopómpicas [el estado de seminconsciencia que precede a la vigilia completa].

#### **Características Diagnósticas**

Las percepciones anormales que están asociadas con el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos ocurren episódicamente y podrían ser autoinducidas (p. ej., al pensar en ellas) o desencadenadas por un ambiente oscuro, diversas sustancias, ansiedad o fatiga, o por otros factores de estrés.

Los episodios generalmente disminuyen después de varios meses, pero pueden durar más tiempo. La prueba de realidad permanece intacta (es decir, la persona reconoce que la percepción es un efecto de la droga que no representa la realidad externa). En contraposición, si la persona tiene una interpretación delirante relativa a la etiología [causalidad] de la perturbación perceptiva, el diagnóstico apropiado sería un trastorno psicótico no especificado de otra manera.

---

Reproducido con autorización del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (Copyright c2000). American Psychiatric Association.

## Módulo 5 — Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias, Resumen

- Los efectos de las sustancias que usan las personas usuarias pueden imitar los trastornos mentales de maneras que dificultan la identificación de las causas de un comportamiento determinado. Sin embargo, los trastornos inducidos por sustancias son muy distintos de los trastornos mentales que co-ocurren con los TUS. Todos o la mayor parte de los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias son el resultado directo del consumo de sustancias.
- Un trastorno mental inducido por sustancias puede identificarse por síntomas que se producen en un momento específico; esto hace más probable que sean el resultado del uso, abuso, intoxicación o abstinencia de la sustancia que de un trastorno mental subyacente, aunque podría haber un trastorno mental adicional que no esté inducido por sustancias.
- Los síntomas de los trastornos mentales inducidos por sustancias pueden ir desde la ansiedad y la depresión leves (más comunes para todas las sustancias) hasta reacciones maníacas o psicóticas desarrolladas por completo (mucho menos comunes).
- El “principio del balancín”<sup>1</sup> — lo que sube debe bajar — es útil para determinar qué tipo de síntomas podrían ser causados por la abstinencia de una sustancia. Esto se debe a que la abstinencia suele producir síntomas que son opuestos a los efectos de la sustancia. Por ejemplo:
  - Los síntomas agudos de la abstinencia de depresores tales como el alcohol y las benzodiacepinas son hiperactividad, presión arterial elevada, agitación y ansiedad (temblores); y
  - Los síntomas de la abstinencia de estimulantes son la fatiga y la depresión.
- Sin embargo, la determinación de los síntomas relacionados con una sustancia en particular tiene sus límites debido a que:
  - Las personas usuarias varían mucho en su respuesta tanto a la intoxicación como a la abstinencia frente a la misma exposición a la misma sustancia; y
  - Las personas usuarias ingieren varias sustancias al mismo tiempo.
- Es importante continuar evaluando los síntomas de los trastornos mentales y su relación con la abstinencia o con el uso continuado de sustancias a lo largo del tiempo. La mayor parte de los síntomas de los trastornos inducidos por sustancias comienzan a mejorar en el transcurso de horas o días después de que se ha detenido el uso de la sustancia.
- Hay excepciones. Algunos síntomas de trastornos mentales inducidos por sustancias pueden persistir durante semanas o meses. Por ejemplo:
  - Los síntomas psicóticos causados por un abuso excesivo y prolongado de anfetamina; y
  - Demencia (problemas de memoria, concentración y de resolución de problemas) causada por el uso de sustancias directamente tóxicas para el cerebro (tales como el alcohol, algunos inhalantes y las anfetaminas).

<sup>1</sup> U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol 42. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

- Si bien los trastornos mentales inducidos por sustancias tienen sus propios efectos negativos, es importante recordar que en ocasiones el uso de sustancias podría enmascarar los síntomas de un trastorno mental subyacente.
- Esta situación es potencialmente peligrosa. A medida que la sustancia desaparece del organismo de la persona usuaria, ésta podría experimentar una crisis de comportamiento al comenzar a sufrir los síntomas de la enfermedad mental enmascarada. Por supuesto, este efecto de enmascaramiento también podría retrasar la provisión de tratamiento adecuado para el trastorno mental.
- Los/las terapeutas deben permanecer atentos(as) al surgimiento de síntomas a medida que la persona usuaria avanza en la abstinencia.
- Para una descripción de los trastornos mentales inducidos por intoxicación y abstinencia de sustancias, y por medicamentos/sustancias, consultar las Páginas de Apoyo 5.2 y 5.3

---

# Módulo 6

---

## TRASTORNOS MÉDICOS CO-OCURRENTES COMUNES

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| <i>Contenido y Programa de Trabajo</i> .....                     | 329 |
| <i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje</i> ..... | 329 |
| <i>Diapositivas en PowerPoint</i> .....                          | 330 |
| <i>Resumen</i> .....                                             | 372 |





| Contenido y Programa de Trabajo                                                 |                   |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| Actividad                                                                       | Duración          | Persona Responsable |
| Introducción al Módulo 6                                                        | 5 minutos         |                     |
| Presentación: Trastornos médicos co-ocurrentes comunes — VIH/SIDA               | 30 minutos        |                     |
| Ejercicio en grupos pequeños: Incidencia del VIH y recursos en sus comunidades  | 20 minutos        |                     |
| <b>Almuerzo</b>                                                                 | <b>60 minutos</b> |                     |
| Presentación: Trastornos médicos co-ocurrentes comunes — Tuberculosis           | 20 minutos        |                     |
| Ejercicio en grupos pequeños: Incidencia de la TB y recursos en sus comunidades | 15 minutos        |                     |
| Presentación: Trastornos médicos co-ocurrentes comunes — Hepatitis              | 20 minutos        |                     |
| Ejercicio en grupo grande: Discusión sobre la Hepatitis                         | 25 minutos        |                     |

## Metas y Objetivos del Módulo 6

### Metas de la Capacitación

- Proporcionar una visión general del VIH/SIDA, la tuberculosis y la hepatitis;
- Proporcionar una visión general de la resistencia a las drogas; y
- Proporcionar a los/las participantes una oportunidad para analizar cómo se abordan los trastornos mentales co-ocurrentes en sus prácticas de tratamiento de los trastornos por uso de sustancias y en sus comunidades.

### Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 6 serán capaces de:

- Describir tres trastornos médicos co-ocurrentes comunes;
- Describir la relación entre cada trastorno y los TUS;
- Definir la farmacorresistencia; y
- Analizar la incidencia de estos trastornos y los recursos para abordarlos en sus comunidades.



UNIVERSAL  
CURRICULUM  
Treatment of Substance Use Disorders

UTC

Curriculo de Tratamiento Universal para  
Trastornos por Uso de Sustancias

## Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Una Visión General para Profesionales en Adicciones

Curso 3

### MODULO 6

TRASTORNOS MÉDICOS  
CO-OCURRENTES COMUNES



## Trastornos Médicos Co-ocurrentes

- VIH/SIDA.
- Hepatitis.
- Tuberculosis (TB).

6.2

### Prioridad de las Naciones Unidas

- La ONUDD señala 6 desafíos relacionados con el uso y la dependencia de sustancias que perjudican la seguridad, el desarrollo, la salud y la cohesión social a nivel mundial.
- El VIH, la hepatitis y la TB están entre los desafíos señalados.

UNODC Commission on Narcotic Drugs. (2010). *New challenges, strategies, and programmes in demand reduction* (pp. 1–2). Geneva: Author. Obtenido en febrero 27, 2011, de [http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-53-RelatedFiles/ECN72010\\_CRP3eV1051349.pdf](http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-53-RelatedFiles/ECN72010_CRP3eV1051349.pdf).

6.3

## Relación entre los TUS y otros Trastornos Médicos

- A continuación vamos a analizar la relación entre el VIH y los TUS.
- Luego analizaremos la relación entre la TB y los TUS.
- Por último, discutiremos la relación entre la Hepatitis y los TUS

6.4

## Terminología relacionada con el VIH/SIDA

- VIH = virus de inmunodeficiencia humana.
- Células T= un tipo de linfocitos (glóbulos blancos) fundamentales para el sistema inmunitario.
- Hay dos tipos principales de células T: los linfocitos CD8 y los linfocitos CD4.
- Los linfocitos T CD4 ayudan a coordinar la respuesta inmune estimulando a otros inmunocitos para combatir la infección.
- Recuento de CD4 = el número de células CD4 en una muestra de sangre.
- SIDA = síndrome de inmunodeficiencia adquirida

[https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/spanishglossary\\_sp.pdf](https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/spanishglossary_sp.pdf)

6.5

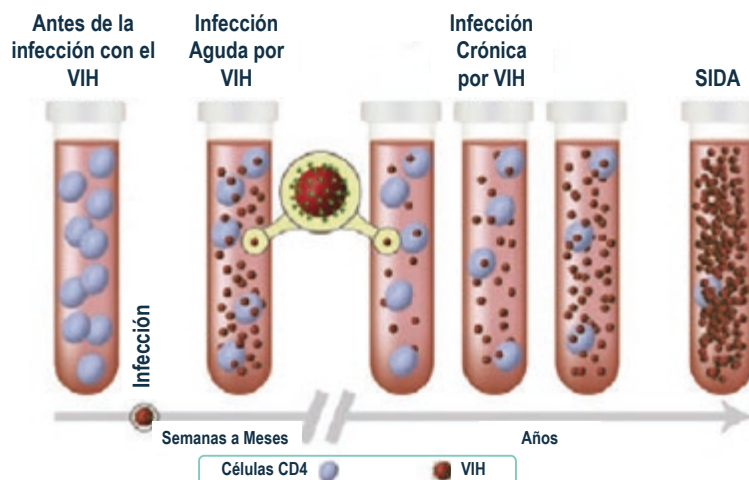
- La carga viral del VIH-1 se refiere al número de partículas virales que se encuentran en la sangre.
- La terapia antirretroviral (TAR) es el tratamiento de las personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) mediante el uso de medicamentos contra el VIH.

## El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

- Virus causante del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).
- Ataca el sistema inmune destruyendo las células T CD4+.

6.7

## Progresión del VIH



Fuente: <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/stages-hiv-infection>

6.8

■ El VIH se transmite de una persona a la otra a través de los fluidos corporales:

- Sangre.
- Semen.
- Fluidos genitales.
- Leche materna.
- Compartir agujas con una persona infectada y tener sexo sin protección son las formas más comunes de contagio del VIH.

6.9

## Transmisión del VIH (Cont.)

- El VIH no puede sobrevivir por mucho tiempo fuera del cuerpo.
- El VIH no puede transmitirse a través de actividades rutinarias como sentarse en el inodoro, compartir utensilios de comida o vasos para beber, saludar con la mano, o los besos.
- El virus puede transmitirse únicamente de persona a persona, no a través de mordeduras de animales o picaduras de insectos.
- Las personas con VIH que están en terapia antirretroviral todavía pueden infectar a otros a través del sexo sin protección o si comparten jeringas.

6.10

## Primeros Síntomas del VIH

- Primeras etapas de la infección por VIH: pocos o ningún síntoma.
- Un mes o dos después de la infección, el individuo podría experimentar:
  - Fiebre.
  - Dolores de cabeza.
  - Cansancio.
  - Agrandamiento de los ganglios linfáticos en el cuello y en la ingle.
- Los síntomas suelen desaparecer en una semana o un mes y a menudo se confunden con los de un resfrío.
- Durante este período las personas son altamente contagiosas.

6.11



## 6.12

## Síntomas Posteriores del VIH (Cont.)

- Llagas en la boca, el ano o los genitales.
- Neumonía.
- Manchas de color rojo, café, rosado o violáceo encima o debajo de la piel, o dentro de la boca, la nariz o los párpados.
- Pérdida de memoria, depresión, y otros trastornos neurológicos.

<https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/signs-and-symptoms>

6.13

## Síntomas del VIH

- Cada síntoma *podría* ser causado por otras enfermedades.
- La única forma de descubrir si una persona está infectada por el VIH es realizar un examen para determinar la presencia del virus.

6.14

## 6.15

## Tratamiento del VIH: Terapia Antirretroviral de Gran Actividad o TARGA

- La Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) está disponible desde 1996.
- Con un régimen de administración de 3 o más medicamentos anti VIH a diario, se previene que el VIH se multiplique y destruya células.

6.16

## Tratamiento del VIH: Terapia Antirretroviral de Gran Actividad o TARGA (Cont.)

- Los medicamentos antirretrovirales ayudan al organismo a:
  - Combatir infecciones o cánceres.
  - Retrasar el inicio de los síntomas del SIDA.
  - Prolongar una vida saludable.



6.17

- Se recomienda iniciar el tratamiento poco después de que la persona haya sido diagnosticada con el VIH, independientemente del recuento de células CD4.
- Especialmente en personas infectadas por el VIH que presentan las siguientes condiciones:
  - Embarazo.
  - SIDA.
  - Ciertas enfermedades y coinfecciones relacionadas con el VIH.
  - Infección inicial del VIH (período de hasta 6 meses después de la infección por VIH).

6.18

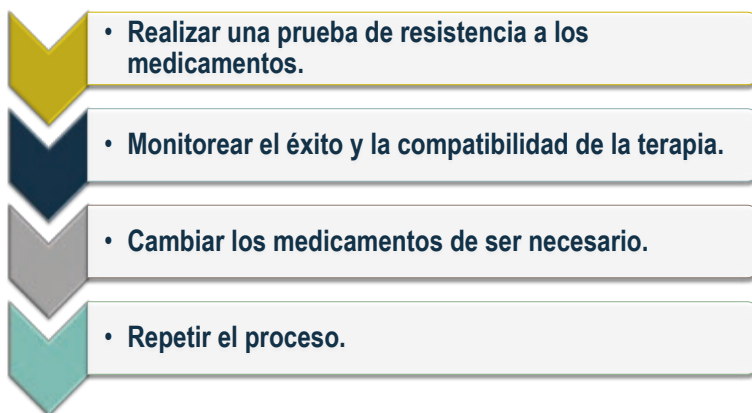
## La Farmacorresistencia

- Una bacteria o virus objetivo (como el VIH) puede crecer en presencia de una sustancia química (el medicamento) que normalmente lo destruiría o limitaría su crecimiento.
- En el caso del VIH, la farmacorresistencia suele ser causada por la capacidad del virus de mutar y de volverse resistente a ciertos medicamentos.

Fuente: <https://aidsinfo.nih.gov/education/education-materials/fact-sheets/221/56/drug-resistance>

6.19

## Adaptación de los Medicamentos contra el VIH



HIV Resistance Response Database Initiative. (n.d.). *Selecting and changing HIV treatments*. Obtenido en enero 18, 2012, de <http://www.hivrdi.org/selecting-and-changing-hiv-treatments.htm>

6.20

## 6.21

## Impacto del VIH en el Mundo

Hacia fines del año 2019:

- 38 millones de personas estaban infectadas por el VIH en todo el mundo.
- 1.7 millones de nuevos casos de infección por el VIH anualmente.
- 690.000 muertes en todo el mundo por causas relacionadas con el VIH.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

6.22

## Impacto del VIH en el mundo (Cont.)

- El uso de sustancias es un importante factor de riesgo.
- De un estimado de 11.7 millones de personas que se inyectan sustancias en todo el mundo, hasta 1.6 millones viven con el VIH.

UNODC. (2016) World Drug Report

6.23



## 6.24

## Diferencias de Género y el VIH (Cont.)

- Diferencias biológicas.
- Diferencias en el comportamiento sexual.
- Diferencias entre hombres y mujeres en los roles y responsabilidades sociales y culturales; y
- Diferentes niveles de acceso a recursos y de poder para la toma de decisiones.

WHO, Department of Gender and Women's Health. (2003). *Gender and HIV/AIDS*. Geneva: Author. Obtenido en enero 20, 2012, de <http://whqlibdoc.who.int/gender/2003/a85585.pdf>

6.25

## Diferencias de Género y el VIH (Cont.)

- En todo el mundo, la brecha en las tasas de prevalencia del VIH entre hombres y mujeres de todas las edades se está reduciendo.
- Las mujeres más jóvenes (de 15 a 24 años) presentan una tasa de prevalencia más alta que los hombres de la misma edad.

WHO, Department of Gender and Women's Health. (2003). *Gender and HIV/AIDS*. Geneva: Author. Obtenido en enero 20, 2012, de <http://whqlibdoc.who.int/gender/2003/a85585.pdf>

6.26

## 6.27

## Problemas del Embarazo y del Parto en Personas con VIH (Cont.)

- Las madres que deciden interrumpir la lactancia materna en favor de los preparados para lactantes:
  - ▣ Disminuyen el riesgo de transmitir el VIH a sus hijos(as).
  - ▣ Podrían exponer a sus bebés a enfermedades derivadas de un suministro de agua impura y a la desnutrición.
- El uso de preparados para lactantes también podría alertar a otras personas sobre el estado serológico con respecto al VIH y conducir a la estigmatización y la discriminación.

6.28

## Normativas relacionadas con el Género

- Las normativas relacionadas con el género aumentan la vulnerabilidad a la infección por el VIH, especialmente en los/las jóvenes.
- Un estudio internacional reveló que:
  - ▣ Muchas mujeres jóvenes sabían poco sobre su cuerpo, sobre la anticoncepción y sobre las infecciones de transmisión sexual.
  - ▣ Muchas temían que la búsqueda de información sobre sexo o preservativos las etiquetaría negativamente como "sexualmente activas".

WHO, Department of Gender and Women's Health. (2003). *Gender and HIV/AIDS*. Geneva: Author. Obtenido en enero 20, 2012, de <http://whqlibdoc.who.int/gender/2003/a85585.pdf>

6.29

WHO, Department of Gender and Women's Health. (2003). *Gender and HIV/AIDS*. Geneva: Author. Obtenido en enero 20, 2012, de <http://whqlibdoc.who.int/gender/2003/a85585.pdf>

## Género y Acceso a Atención de la Salud

- Los programas de salud podrían ser más limitados para las mujeres o presentar obstáculos que los hombres no enfrentan.
- Un estudio de ONUSIDA reveló que:
  - ▣ A los hombres con VIH rara vez se les preguntaba cómo se habían infectado, y por lo general, eran atendidos.
  - ▣ En cambio, las mujeres frecuentemente eran acusadas de haber tenido relaciones sexuales extramatrimoniales (fuera o no el caso) y recibían un menor nivel de apoyo.

WHO, Department of Gender and Women's Health. (2003). *Gender and HIV/AIDS*. Geneva: Author. Obtenido en enero 20, 2012, de <http://whqlibdoc.who.int/gender/2003/a85585.pdf>

6.31

## ¿Qué pueden hacer los/las Terapeutas de TUS?

- Proporcionar educación sobre:
  - ▣ Transmisión sexual y parenteral del VIH.
  - ▣ Conceptos erróneos sobre la transmisión del VIH.
- Fomentar la adherencia sistemática al régimen de tratamiento del VIH.

6.32

## 6.33



## Almuerzo

### 60 minutos

6.34

### La Tuberculosis

- Una enfermedad infecciosa común causada por varias cepas de micobacterias.
  - ▣ Suele atacar los pulmones, pero puede afectar otras partes del cuerpo.
  - ▣ Se propaga por el aire cuando las personas infectadas tosen, estornudan o transmiten de alguna otra manera su saliva.
- Debido a que la tuberculosis es una enfermedad que se transmite por el aire, los contactos sociales de una persona también deben ser examinados y de ser necesario, tratados.

6.35



## 6.36

## Síntomas

- Tos crónica con esputo teñido de sangre.
- Fiebre.
- Sudoración nocturna.
- Pérdida de peso.
- Diversos síntomas de infección de otros órganos internos.

6.37

## Infección por Tuberculosis

- El 10% de las infecciones por TB terminan por avanzar hacia una enfermedad activa, que, si no se trata, matará a más del 50% de sus víctimas.

6.38

- Requiere un ciclo largo de múltiples antibióticos.
- Problemas de resistencia a los antibióticos con una nueva forma virulenta de TB.

6.39

## Relación de la TB con los TUS

- Las tasas globales de infección por TB son de hasta un 59% entre las personas que usan sustancias.
- Una duración más prolongada del uso de sustancias inyectables y la edad avanzada son los factores que más se asocian a la TB.

6.40

## TB Farmacorresistente

- La TB resistente a los medicamentos es un importante problema de salud pública.
- El uso inadecuado de medicamentos antibióticos es la causa principal de la tuberculosis farmacorresistente.

6.41

## 6.42

## Tuberculosis Multi-Drogo-Resistente (TB MDR)

- La tuberculosis multi-drogo-resistente (TB-MDR) se desarrolla cuando los medicamentos de primera línea se utilizan indebidamente o son mal administrados.
- Puede tomar mucho más tiempo y ser mucho más costoso tratarla con medicamentos de segunda línea.
- Los medicamentos de segunda línea también tienen más efectos secundarios.

6.43

## ¿TB Extremadamente Resistente (XDR TB, por sus siglas en inglés) o TB Totalmente Resistente a los Medicamentos?

- También se ha desarrollado la TB extremadamente resistente (XDR-TB por sus siglas en inglés).
- Las opciones de tratamiento son considerablemente limitadas.
- Incluso se han informado casos de TB totalmente resistente a los medicamentos, pero no se han confirmado.

Fuente: WHO. (n.d.). Extensively drug-resistant TB. Geneva: Author. Obtenido en enero 16, 2012, de <http://www.who.int/tb/areas-of-work/drug-resistant-tb/en/>

6.44

## Problemas Relacionados con los TUS

- Las personas que sufren un TUS:
  - ▣ Suelen tener ya un sistema inmunológico comprometido.
  - ▣ Suelen ser diagnosticadas más tardíamente debido a un menor acceso a la atención médica.
  - ▣ Estarían menos propensas a completar el tratamiento de la tuberculosis, contribuyendo a los problemas de resistencia a los medicamentos.
  - ▣ Transmiten la enfermedad a los demás a una tasa más alta.

Oeltmann, J. E., Kammerer, S., Pevzner, E. S., & Moonan, P. K. (2009). Tuberculosis and substance abuse in the United States, 1997–2006. *Archives of Internal Medicine*, 169(2), 189–197. Obtenido en agosto 20, 2011, de <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/169/2/189>

6.45

## Los/las Terapeutas pueden ayudar

- Educar a las personas usuarias sobre la enfermedad.
- Ayudar a las personas usuarias a abordar los problemas relacionados con la adherencia a los medicamentos.
- Establecer alianzas con otras personas de la comunidad para ayudar a asegurar que los problemas de salud pública se aborden.

6.46

## Ejercicio en grupos pequeños: TB

- Tendrán 7 minutos para analizar en grupos pequeños las siguientes 2 preguntas:
  - ¿Cuál es la incidencia de la TB en sus comunidades?
  - ¿Qué recursos están disponibles en sus comunidades para la derivación y el tratamiento de las personas con TB?

6.47



- La hepatitis es una infección viral que se caracteriza por la inflamación del hígado.
- La hepatitis viral es causada por una familia de virus denominados A, B, C, D y E.
- La hepatitis A, B, y C son las más comunes.
- Los tipos B y C pueden provocar enfermedades crónicas y graves daños en el hígado.

6.48

## Transmisión de la Infección de la Hepatitis

- Hepatitis A: Contacto fecal-oral.
- Hepatitis B: Transmisión sanguínea y sexual a través de fluidos corporales.
- Hepatitis C: Sangre.
  - ▣ La transmisión sexual no es común, pero es posible.

6.49

## Síntomas de la Hepatitis

- La mayoría de las personas que tienen hepatitis crónica no lo saben.
- Los síntomas incluyen:
  - ▣ Fatiga (cansancio).
  - ▣ Sensación general de no estar bien.
  - ▣ Síntomas similares a la gripe (dolores de cabeza, dolores musculares, fiebre de baja graduación).
  - ▣ Falta de apetito, pérdida de peso.

U.S. Institute of Medicine. (2010). *Hepatitis and liver cancer: A national strategy for prevention and control of hepatitis B and C*. Washington, DC: National Academies Press.

6.50

- Náuseas y vómitos, dolor abdominal.
- Ictericia (tinte amarillento no característico o nuevo en la piel y membranas mucosas).
- Diarrea.
- Picazón de la piel.
- Orina de color oscura parecida al color del té.
- Deposiciones pálidas.

6.51

## Hepatitis: La Infección Silenciosa

- Una persona con hepatitis crónica puede mantenerse sin síntomas por décadas, mientras el hígado está siendo dañado en silencio.



6.52

## La Hepatitis C es especialmente problemática

- La persona podría no experimentar síntomas por un largo período tras la infección y no saber que está infectada.
- El virus se vuelve crónico en la mayoría de las personas que están infectadas.
- Las personas con cirrosis pueden desarrollar insuficiencia hepática y otras complicaciones.
- El tratamiento es difícil y a menudo prolongado.

Fuente: <https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/cfaq.htm#cFAQ11>

6.53

- La mayor parte de los casos de hepatitis B se resuelven sin tratamiento.
- Sólo 1 de 5 personas con hepatitis C supera la infección sin tratamiento.
- Tratamiento estándar para la hepatitis C:
  - Combinación de inyecciones de interferón pegilado y ribavirina.
  - Ciertos medicamentos orales están disponibles en algunos lugares.

6.54

## Tratamiento de la Hepatitis

- En los últimos años, se han aprobado medicamentos antivirales disponibles para el tratamiento del VHC y nuevos tratamientos.
- Muchos tratamientos antivirales contra el VHC pueden curar a más del 90% de las personas que los toman en un plazo de 8 a 12 semanas.
- El tratamiento del VHC reduce las muertes, y las personas que se curan tienen mucho menos probabilidades de desarrollar cirrosis o cáncer de hígado.

6.55

## Efectos de la Hepatitis en Todo el Mundo

- A nivel mundial, 2.3 millones de personas con VIH están coinfectadas con el virus de la hepatitis C (VHC).
- Aproximadamente 1.3 millones son personas que se inyectan sustancias.

6.56

### Efectos de la Hepatitis en Todo el Mundo

- Hay una alta prevalencia de coinfección del VIH, la hepatitis B y la hepatitis C entre las personas que se inyectan sustancias (PWID).
- Las personas con VIH que se infectan con el VHB o el VHC están expuestas a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades relacionadas con el hígado.
- Las personas que se han infectado con el VIH y con el VHC triplican sus probabilidades de padecer una enfermedad hepática, insuficiencia hepática y muerte relacionada con problemas hepáticos.
- El número de casos agudos del VHC se ha triplicado con creces entre 2010 y 2017.

Fuente: <https://www.cdc.gov/hiv/clinicians/treatment/coinfections.html>

6.57

## La Hepatitis C y el VIH: Caminos Paralelos

- Los comportamientos de riesgo sexual y de inyección de sustancias generan un alto riesgo de transmisión de ambas infecciones.
- Actualmente, la hepatitis C está 5 veces más expandida en todo el mundo que el VIH debido a que:
  - Es más infecciosa.
  - Ha existido durante más tiempo.

Lavanchy, D. (2009). The global burden of hepatitis C. *Liver International*, 29(Suppl I), 74–81

6.58

## Los TUS y los Trastornos Médicos Infecciosos

- Los TUS aumentan las probabilidades de:
  - Prácticas sexuales de alto riesgo, como el sexo sin protección y múltiples parejas, debido a la alteración de la capacidad de discernimiento y la menor inhibición.
  - Sexo “transaccional” (intercambiar sexo por dinero o por sustancias).
  - Propagación de enfermedades infecciosas como la TB debido a la falta de autocuidado y de acceso a la atención médica.

U.S. Department of Health and Human Services. (2006). *NIDA Research Report Series: HIV/AIDS*. Bethesda, MD: Author.

6.59



## 6.60

## Los/las Terapeutas de TUS Pueden Ayudar

- Educar a las personas usuarias sobre la transmisión y el tratamiento del VIH, la TB y la hepatitis.
- Informar a las personas usuarias sobre prácticas sexuales más seguras.
- Distribuir preservativos y lubricantes.
- Proporcionar derivaciones para que las personas usuarias se realicen exámenes y reciban atención médica como parte del tratamiento.

6.61

## Los/las Terapeutas de TUS Pueden Ayudar (Cont.)

- Mantener un contacto estrecho con los proveedores de tratamiento médico.
- Proporcionar apoyo a las personas usuarias que se someten a exámenes o a tratamiento.
- Ayudar a monitorear la adherencia a los medicamentos.

6.62

## 6.63

## Módulo 6 — Trastornos Médicos Co-ocurrentes Comunes, Resumen

### Introducción

- El VIH/SIDA, la hepatitis y la tuberculosis (o TB) son trastornos que con frecuencia están directamente relacionados con el uso de sustancias (particularmente con el uso de sustancias inyectadas) o con el estilo de vida que suele acompañar al uso de sustancias.
- De hecho, en el año 2010, la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas hizo un llamado a todos los países para que respondieran a los seis principales desafíos identificados en relación con el uso y la dependencia de sustancias que perjudicaban la “seguridad, el desarrollo, la salud, y la cohesión social de los países en todo el mundo”.
- Tres de los seis principales desafíos mencionados correspondían al VIH/SIDA, la hepatitis y la TB.

### Relación entre el VIH y los TUS:

- El TUS entre las personas que viven con VIH se asocia a:
  - Infrautilización de los servicios de tratamiento,
  - Peores resultados sanitarios, como por ejemplo, la falta de adherencia al tratamiento y la reducción del recuento de células CD 4,
  - Rápida progresión de la enfermedad del VIH,
  - Infecciones oportunistas,
  - Posible resistencia a los medicamentos,
  - Efectos tóxicos de las interacciones entre el alcohol y las drogas con los medicamentos para tratar el VIH, infecciones oportunistas y una aparición más temprana de la muerte<sup>1 2</sup>.

### Relación entre la TB y los TUS:

- Las personas con TUS tienen más probabilidades de verse afectadas por la tuberculosis.
- Son más propensas a no adherir a su medicación contra la tuberculosis.
- El uso de sustancias también agrava la infección de tuberculosis, lo que lleva a un mayor índice de personas que incumplen el tratamiento y a posibles formas de tuberculosis resistentes a los medicamentos.
- Las personas con VIH positivo coinfectadas con TB y que abusan de las sustancias pueden complicar su atención y tratamiento médico.

1 Kader R et al (2015) Understanding the Impact of Hazardous and Harmful Use of Alcohol and/or Other Drugs on ARV Adherence and Disease Progression. PLoS ONE 10(5): e0125088. doi:10.1371/journal.

2 R Durvasula & T. R. Miller (2014) Substance Abuse Treatment in Persons with HIV/AIDS: Challenges in Managing Triple Diagnosis Behav Med. 2014 ; 40(2): 43–52. doi:10.1080/08964289.2013.866540

### Relación entre la Hepatitis y los TUS:

- La hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC) son las infecciones virales por hepatitis más comunes, que se transmiten a través de los comportamientos, a veces arriesgados, de las personas que usan drogas — sobre todo entre las personas que se inyectan drogas.
- El consumo de drogas y de alcohol también puede dañar directamente el hígado.
- Los TUS también aumentan el riesgo de enfermedades hepáticas crónicas y cáncer entre las personas infectadas con hepatitis.
- Esto pone de relieve que la detección y el tratamiento tempranos de las infecciones por hepatitis en las personas que se inyectan drogas (PWID por sus siglas en inglés) y en otras personas que usan sustancias resulta fundamental para proteger la salud tanto de la persona como de la comunidad.

## Trastornos Médicos Co-ocurrentes Comunes — VIH/SIDA

### Terminología

- A modo de repaso, vamos a revisar la siguiente terminología:
  - VIH es la sigla del virus de la inmunodeficiencia humana, que ataca y destruye un determinado tipo de células T.
  - Las células T son un tipo de glóbulos blancos que desempeñan un papel importante en el sistema inmunitario del organismo. Estas células ayudan a suprimir o regular las respuestas inmunes.
  - El tipo de célula T afectada por el VIH es la célula CD4.
  - La pérdida de células CD4 disminuye la capacidad del organismo para protegerse de infecciones o de otras afecciones médicas.
  - Un recuento de CD4 es el número de células CD4 en una muestra de sangre. El recuento de CD4 mide el funcionamiento del sistema inmune.
- La carga viral del VIH se refiere al número de partículas virales que se encuentran en cada mililitro de sangre. Mientras más partículas virales del VIH haya en la sangre, más rápido se destruirán las células T CD4+ y más rápido será el avance del SIDA<sup>3</sup>.
- La terapia antirretroviral (TAR) es el tratamiento de las personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) mediante el uso de medicamentos contra el VIH. El tratamiento estándar consiste en una combinación de al menos tres medicamentos (a menudo denominada “terapia antirretroviral de gran actividad” o TARGA) que elimina la reproducción del VIH.

### VIH

- El VIH, o virus de la inmunodeficiencia humana, es el virus que causa el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). El VIH ataca el sistema inmune destruyendo los linfocitos T CD4 positivos (CD4+), un tipo de glóbulos blancos que es vital para combatir las infecciones. La destrucción de estas células hace que las personas infectadas por el VIH sean vulnerables a otras infecciones, enfermedades y otras complicaciones.

3 WHO (2017). In vitro diagnostics and laboratory technology- Viral Load testing. Obtenido en marzo 17, 2017 de [http://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/faq/viral\\_load/en/](http://www.who.int/diagnostics_laboratory/faq/viral_load/en/)

- Sin tratamiento, una persona infectada con el VIH por lo general desarrolla el SIDA, que es la etapa más avanzada de la infección por el VIH.
- Hay tres etapas en la infección por VIH:

## 1. Infección Aguda por VIH

Es la etapa más temprana de la infección por el VIH, y se desarrolla entre 2 y 4 semanas después de la infección con el VIH. En esta etapa el VIH se multiplica rápidamente y se extiende por todo el cuerpo. El virus ataca y destruye las células CD4 del sistema inmune que combaten la infección.

## 2. Infección Crónica por VIH

La segunda etapa de la infección por el VIH es la infección crónica por VIH (también llamada infección por VIH asintomática o de latencia clínica). Durante esta etapa, el VIH sigue multiplicándose en el organismo, pero a niveles muy bajos. Las personas con infección crónica por el VIH podrían no tener ningún síntoma relacionado con el VIH. Sin la terapia antirretroviral (TAR), la infección crónica por el VIH suele evolucionar hacia el SIDA en 10 años o más, aunque en algunas personas puede avanzar más rápidamente.

## 3. SIDA

El SIDA es la etapa final y más grave de la infección por el VIH. Como el VIH ha dañado gravemente el sistema inmune, el organismo no puede combatir las infecciones oportunistas. (Las infecciones oportunistas son infecciones y cánceres relacionados con las infecciones que se producen con más frecuencia o con mayor gravedad en personas con un sistema inmune debilitado que en personas con un sistema inmunológico sano). Las personas con VIH son diagnosticadas con SIDA si tienen un recuento de células CD4 inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> o si tienen ciertas infecciones oportunistas. Una vez que una persona es diagnosticada con SIDA, puede tener una carga viral elevada y puede transmitir el VIH a otras personas con mucha facilidad. Sin tratamiento, las personas con SIDA suelen sobrevivir alrededor de 3 años<sup>4</sup>.

## Transmisión

- El VIH se transmite de una persona a la otra a través de los fluidos corporales; específicamente de la sangre, el semen, los fluidos genitales y la leche materna. Compartir agujas con una persona infectada por el VIH y tener sexo sin protección son las formas más comunes de contagio del VIH<sup>5</sup>.
- Algunos otros aspectos que se deben considerar sobre la transmisión del VIH incluyen:
  - El VIH no puede sobrevivir por mucho tiempo afuera del cuerpo.
  - El VIH no puede transmitirse a través de actividades rutinarias como sentarse en el inodoro, compartir utensilios de comida o vasos para beber, saludar con la mano, o los besos.
  - El virus puede transmitirse únicamente de persona a persona, no a través de mordidas de animales o picaduras de insectos.
  - Las personas con VIH que están en terapia antirretroviral (nos referiremos en mayor detalle a esta terapia más adelante) todavía pueden infectar a otros a través del sexo sin protección o si comparten jeringas.

4 <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/stages-hiv-infection>

5 <https://www.aids.gov/hiv-aids-basics/hiv-aids-101/signs-and-symptoms>. WHO (2017). HIV/AIDS. Obtenido en marzo 17, 2017 de [http://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/faq/viral\\_load/en/](http://www.who.int/diagnostics_laboratory/faq/viral_load/en/)

## Síntomas

- En las primeras etapas de la infección por VIH, la mayoría de las personas presentarán pocos o ningún síntoma. Un mes o dos después de la infección, experimentarán síntomas similares a los de un resfrío, que incluyen:
  - Fiebre;
  - Dolores de cabeza;
  - Cansancio; y
  - Inflamación de los ganglios linfáticos en el cuello y en la región inguinal.
- Estos síntomas usualmente desaparecen dentro de una semana o un mes y a menudo se confunden con otra infección viral, como la gripe. Sin embargo, las personas son altamente contagiosas durante este período debido a que el VIH está presente en grandes cantidades en los fluidos genitales y la sangre. Algunas personas infectadas por el VIH podrían tener síntomas más severos al principio o síntomas que duran mucho tiempo, mientras que otras personas podrían no presentar síntomas por muchos años.
- La infección aguda (primeros 30 días) no debe confundirse con la infección reciente, que se refiere a las personas usuarias diagnosticadas en los primeros seis meses (180 días) de la infección.
- Durante las etapas posteriores de la infección por VIH, el virus debilita fuertemente el sistema inmune, y las personas infectadas por el virus podrían presentar los siguientes síntomas:
  - Rápida pérdida de peso;
  - Fiebre recurrente o sudoraciones nocturnas excesivas;
  - Cansancio extremo e inexplicable;
  - Inflamación prolongada de los ganglios linfáticos en las axilas, ingle o cuello;
  - Diarrea que se prolonga por más de una semana.
  - Llagas en la boca, el ano o los genitales;
  - Neumonía;
  - Manchas de color rojo, café, rosado o violáceo encima o debajo de la piel, o dentro de la boca, la nariz o los párpados; y
  - Pérdida de memoria, depresión, y otros trastornos neurológicos.
- Cada síntoma podría ser causado por otras enfermedades. La única forma de descubrir si una persona está infectada por el VIH es realizar un examen para determinar la presencia del virus.
- Aunque podrían transcurrir muchos años hasta que los síntomas del VIH se desarrollen, una persona infectada puede propagar la enfermedad durante cualquier etapa de la infección por el VIH. Las personas con VIH pueden permanecer saludables si:
  - Se detecta el virus durante las etapas iniciales de la infección (el virus sólo puede detectarse a través de exámenes de sangre que buscan anticuerpos contra el virus; estos anticuerpos aparecen entre 6 semanas y 6 meses después de la exposición); y
  - Comienzan el tratamiento mucho antes de que se desarrollen los síntomas.

- El tratamiento puede disminuir (pero no eliminar) el riesgo de transmisión del VIH, particularmente en una mujer y su feto.
- Existe una terapia antirretroviral de gran actividad (o TARGA) que ha estado disponible desde 1996 y que tiene un efecto significativo sobre el VIH/SIDA. Se utilizan tres medicamentos para reducir la probabilidad de que el virus desarrolle resistencia. El régimen de administración de tres o más medicamentos diariamente contra el VIH evita que éste se multiplique y destruya las células CD4 que combaten la infección.
- La terapia antirretroviral tiene el potencial de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad entre las personas infectadas por el VIH, y de mejorar su calidad de vida.
- Este régimen de tratamiento médico ayuda al organismo a:
  - Combatir infecciones y cánceres;
  - Retrasar el inicio de los síntomas del SIDA; y
  - Prolongar una vida saludable.
- El tratamiento se recomienda a todas las personas infectadas por el VIH. La terapia antirretroviral (TAR) debe iniciarse en todas las personas con VIH y con cualquier recuento de células CD4. Es especialmente importante iniciar el tratamiento antirretroviral de inmediato en el caso de las personas infectadas por el VIH que presentan las siguientes condiciones:
  - Embarazo;
  - SIDA;
  - Ciertas enfermedades y coinfecciones relacionadas con el VIH; e
  - Infección inicial del VIH (período de hasta 6 meses después de la infección por VIH).
- La terapia antirretroviral ayuda a las personas con VIH a vivir más tiempo, a llevar vidas más saludables y reduce el riesgo de transmisión del VIH<sup>6</sup>.
- En los Estados Unidos, se ha aprobado el uso de 31 medicamentos antirretrovirales. Los últimos avances están facilitando la determinación de qué tratamientos son adecuados para cada persona usuaria<sup>7</sup>.
- Una de las complicaciones del tratamiento del VIH es la resistencia a los medicamentos. Aunque hemos utilizado el término “medicamentos” al hablar de los fármacos prescritos, “farmacorresistencia” es el término que se utiliza en la literatura, por lo que también lo utilizaremos en este contexto.
- La farmacorresistencia básicamente significa que la bacteria o el virus objetivo puede crecer en presencia de una sustancia química (el medicamento) que normalmente lo destruiría o limitaría su crecimiento. En el caso del VIH, la farmacorresistencia suele estar causada por la capacidad del virus de mutar y de volverse resistente a ciertos medicamentos<sup>8</sup>.
- Los protocolos de medicación tienen en cuenta la resistencia a los medicamentos. Por ejemplo, se puede utilizar una prueba de resistencia para ayudar a decidir con qué medicamentos comenzar, ya que la persona usuaria podría haber sido infectada por un virus que ya es resistente a algunos medicamentos.

6 US Department of Health and Human Services. AIDSInfo. Offering Information on HIV/AIDS Treatment Prevention and Research. Obtenido en marzo 22, 2017 @ <https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/21/52/when-to-start-antiretroviral-therapy>

7 <https://aidsinfo.nih.gov/education/education-materials/fact-sheets/221/56/drug-resistance>

8 HIV Resistance Response Database Initiative. (n.d.). Selecting and changing HIV treatments. Obtenido en enero 18, 2012, de <http://www.hivrdi.org/selecting-and-changing-hiv-treatments.htm>



- La forma más común de realizar una prueba de resistencia es con el genotipo del virus, que detecta los puntos en el código genético del virus donde se ha producido una mutación. Esta información se interpreta para determinar si las mutaciones podrían haber hecho que el virus sea resistente a ciertos medicamentos.
- Una vez que se está tratando a la persona usuaria, el éxito del tratamiento se controla midiendo regularmente la cantidad de virus en la sangre y el nivel de células CD4 en el organismo. Si estas mediciones indican que los medicamentos no están funcionando bien, o si la persona en tratamiento no está tolerando bien la terapia, el/la profesional clínico deberá cambiar los medicamentos.
- En este punto, se podría realizar otra prueba de genotipo para determinar a qué medicamentos el virus podría estar siendo resistente y se seleccionaría e introduciría una nueva combinación de medicamentos.
- Este proceso se repite cada vez que un tratamiento fracasa.

### Incidencia

- Hacia fines de 2019, se estimaba que el 81% de las personas que vivía con el VIH conocía su estado serológico. El 67% del total estaba recibiendo tratamiento antirretroviral y el 59% había conseguido suprimir el virus y, por tanto, el riesgo de infectar a otros. A finales de 2019, el número de personas con acceso a tratamiento antirretroviral era de 25.4 millones<sup>9</sup>.
- El VIH/SIDA es claramente un grave problema mundial. A finales de 2019:
  - 38 millones de personas estaban infectadas por el VIH en todo el mundo.
  - Se producían 1.7 millones de nuevos casos de infección por el VIH anualmente.
  - Se produjeron 690.000 muertes por causas relacionadas con el VIH.2
- El uso de drogas es un importante factor de riesgo para la transmisión de enfermedades infecciosas. Entre las personas que se inyectan drogas, una de cada siete vive con el VIH. En comparación con las personas que usan drogas que no se inyectan, aquellas que si lo hacen (PWID por sus siglas en inglés) tienen aproximadamente tres veces más probabilidades de adquirir el VIH, ya que el uso compartido de agujas y jeringas contaminadas es un riesgo importante para la transmisión del VIH y de la hepatitis viral<sup>10</sup>.

### Género y VIH

- Los principales impulsores de la epidemia del VIH están influidos por un amplio abanico de desigualdades de género. Matrimonios precoces y forzados, violencia de género; acceso desigual a la información, incluyendo conocimientos sobre salud sexual; y una falta de poder de negociación y de autonomía económica son algunos de los factores que exponen a las mujeres y niñas adolescentes a un riesgo mayor de infección por VIH y limitan sus respuestas a la infección. Al mismo tiempo, normas masculinas que estigmatizan la homosexualidad y promueven la promiscuidad y el abuso de sustancias aumentan el riesgo de infección entre los hombres y los niños<sup>11</sup>.
- Biológicamente, las mujeres son más vulnerables que los hombres a la infección debido a la mayor superficie mucosa expuesta al VIH durante la penetración del pene. Las mujeres menores de 17 años corren un riesgo aún mayor debido a que tienen un cuello uterino que no se ha desarrollado totalmente

<sup>9</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

<sup>10</sup> Isabel Tavitian-Exely and others. "Influence of different drugs on HIV risk in people who inject: systematic review and meta-analysis", *Addiction*, vol. 110, No. 4, pp 572-584, según lo citado en UNODC World Drug Report 2016.

<sup>11</sup> <http://www.uncares.org/content/hiv-and-gender>

y una baja producción de moco vaginal. Las enfermedades de transmisión sexual concurrentes aumentan el riesgo de contraer el VIH. La transmisión del VIH de hombre a mujer es biológicamente más eficaz que la de mujer a hombre. Se estima que el riesgo de seroconversión del VIH por acto heterosexual es aproximadamente el doble para la mujer que para el hombre<sup>12</sup>.

- Las mujeres seropositivas se enfrentan a una serie de problemas particulares relacionados con el embarazo, el parto y la lactancia. Podrían sufrir una discriminación indebida al ser aconsejadas de no seguir adelante con su embarazo, o debido a que su condición de seropositiva se diagnostica a través de un hijo(a) enfermo. Estos son algunos de los factores biológicos que no afectan a los hombres y que repercuten negativamente en las mujeres.
- En el África subsahariana, cinco de cada seis nuevas infecciones entre adolescentes de 15 a 19 años se dan entre las niñas. Las mujeres jóvenes de 15 a 24 años tienen el doble de probabilidades de vivir con VIH que los hombres<sup>13</sup>.
- Más de un tercio (35%) de las mujeres de todo el mundo ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de una persona que no es su pareja en algún momento de su vida.
- En algunas regiones, las mujeres que han experimentado violencia física o sexual por parte de su pareja sexual tienen 1.5 veces más probabilidades de contraer el VIH que las mujeres que no han sufrido este tipo de violencia.
- Las mujeres y las niñas representaban alrededor del 48% de todas las nuevas infecciones por el VIH en el 2019. En el África subsahariana, las mujeres y las niñas representaron el 59% de todas las nuevas infecciones por el VIH.
- El embarazo y el parto plantean problemas específicos para las mujeres:
  - En los países en desarrollo, existe un alto riesgo de muerte infantil asociada a la infección materna por el VIH.
  - Las complicaciones relacionadas con el embarazo, como la hemorragia, exponen a las mujeres al riesgo de infección relacionada con la transfusión de sangre o de productos relacionados con ella.
  - Debido a que el VIH puede transmitirse a través de la leche materna, la lactancia representa un dilema para muchas mujeres.
  - Las madres que deciden interrumpir la lactancia materna en favor de los preparados para lactantes podrían disminuir el riesgo de transmitir el VIH a sus hijos(as); sin embargo, podrían exponer a sus bebés a enfermedades derivadas de un suministro de agua impura, así como a desnutrición.
  - El uso de preparados para lactantes también podría alertar a otras personas sobre el estado serológico con respecto al VIH de la madre y conducir a la estigmatización y la discriminación<sup>14</sup>.
- Adicionalmente, las normativas de género aumentan la vulnerabilidad a la infección por el VIH, especialmente en los/las jóvenes. Un ejemplo de lo anterior se puede observar en la investigación realizada en Brasil, India, Mauricio y Tailandia, que reveló que muchas mujeres jóvenes sabían poco

12 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5882769/> [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4157516/Gender and HIV/AIDS/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4157516/Gender_and_HIV/AIDS/)

13 Taking stock of research and programmes: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 1999. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

14 WHO, Department of Gender and Women's Health. (2003). Gender and HIV/AIDS. Geneva: Author. Obtenido en marzo 22, 2017, de <http://whqlibdoc.who.int/gender/2003/a85585.pdf>

sobre su cuerpo, sobre la anticoncepción y sobre las infecciones de transmisión sexual. Muchas informaron haber tenido temor de buscar información sobre el sexo o sobre los preservativos debido a que las podría etiquetar como sexualmente activas, independientemente del verdadero alcance de su experiencia sexual.

- La violencia hacia la mujer también las expone a mayores riesgos de infección, no sólo a través del sexo forzado o violación, sino también mediante la amenaza de violencia al negociar el uso de preservativos para tener relaciones sexuales más seguras.
- En muchos países, el estigma y las normas sobre la toma de decisiones pueden influir en si las mujeres buscan atención de salud o información.
- Los programas de salud podrían ser más limitados para las mujeres o presentar obstáculos que los hombres no enfrentan. Por ejemplo, un estudio de ONUSIDA en siete lugares reveló que en cada uno de ellos a los hombres con VIH rara vez se les preguntaba cómo se habían infectado, y por lo general, eran atendidos. En cambio, las mujeres frecuentemente eran acusadas de haber tenido relaciones sexuales extramatrimoniales (fuera o no el caso) y recibían un menor nivel de apoyo.
- Para incidir en que no se produzca una transmisión del VIH, los/las terapeutas de TUS pueden:
  1. Proporcionar educación sobre la transmisión sexual y parenteral del VIH, sobre su prevención, y sobre cualquier idea errónea sobre la transmisión del VIH; y
  2. Fomentar la adherencia sistemática al régimen de tratamiento del VIH, ya que dicha adherencia reduce en gran medida la posibilidad de que el virus del VIH se multiplique y ayuda a prevenir el desarrollo de cepas del virus resistentes a los medicamentos.
- También se podría añadir, fomentar el acceso a los servicios de atención de la salud; el uso de protección, la búsqueda de tratamiento para las ETS, la notificación a la pareja, etc.

## **Trastornos médicos co-ocurrentes comunes — La Tuberculosis**

### **Transmisión y progresión**

- Las personas con TUS también se exponen al riesgo de infectarse con otras enfermedades comunicables y potencialmente letales, tales como la tuberculosis o TB.
- La TB es una enfermedad infecciosa común causada por varias cepas de micobacterias que:
  - Suele atacar los pulmones, pero también puede afectar otras partes del cuerpo; y
  - Se propaga por el aire cuando las personas con una infección activa tosen, estornudan o escupen, lanzando los gérmenes de la TB al aire. Una persona necesita inhalar sólo unos pocos de estos gérmenes para infectarse.
- Debido a que la tuberculosis es una enfermedad que se transmite por el aire, los contactos sociales de una persona también deben ser examinados y de ser necesario, tratados.

### **Incidencia**

- Aproximadamente un tercio de la población mundial tiene tuberculosis latente, lo que significa que las personas han sido infectadas por la bacteria de la tuberculosis, pero no se han enfermado (todavía) y no pueden transmitir la enfermedad.

- Las personas infectadas con la bacteria de la tuberculosis tienen un 10% de riesgo de enfermar de tuberculosis a lo largo de su vida. Sin embargo, las personas con sistemas inmunes comprometidos, como las que viven con el VIH, las que sufren de desnutrición o de diabetes, o las personas que consumen tabaco, presentan un riesgo mucho mayor de enfermar<sup>15</sup>.
- En el 2015, 10.4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.8 millones murieron a causa de la enfermedad (incluyendo 0.4 millones de personas con VIH), principalmente en países de ingresos bajos y medios. El mayor número de nuevos casos de tuberculosis se produjo en Asia, seguido de África.<sup>1</sup>

## Síntomas

- Los síntomas de la TB incluyen una tos crónica con esputo teñido de sangre, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso y diversos síntomas de infección de otros órganos internos.
- El diez por ciento de las infecciones por TB terminan por avanzar hacia una enfermedad activa, que, si no se trata, matará a más del 50% de sus víctimas.

## Diagnóstico y Tratamiento

- El diagnóstico se realiza mediante radiografías de tórax, una prueba cutánea de la TB, análisis de sangre y examen microscópico de los fluidos corporales. El tratamiento médico es difícil, porque requiere la administración de múltiples medicamentos antibióticos durante un largo periodo. Además, se han producido problemas de resistencia a los antibióticos con una nueva forma virulenta de TB.

## Relación de la TB con los TUS

- El consumo de sustancias ilícitas, sobre todo por vía intravenosa, es un factor importante en la incidencia de la TB tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Un artículo de revisión del año 2009 señala que, a nivel mundial, los investigadores(as) informan tasas de infección por tuberculosis de hasta un 59% entre las personas que usan sustancias. En estos estudios, una duración más prolongada del uso de sustancias inyectables y una edad avanzada fueron los factores que más se asociaron a la TB<sup>16</sup>.
- Es importante destacar que “infección” significa que una persona ha dado positivo en la prueba de la micobacteria, no que necesariamente tenga síntomas de la enfermedad.

## TB Resistente a los Medicamentos

- La TB resistente a los medicamentos es un problema de salud pública. Mientras que en el caso del VIH la mutación del virus es la causa principal de la resistencia a los medicamentos, el uso inadecuado de los antibióticos es la principal causa de la TB resistente a los medicamentos<sup>17</sup>.
- La farmacoresistencia surge cuando los medicamentos anti-TB se utilizan de forma inadecuada mediante:
  - La administración de regímenes de tratamiento inadecuados por parte del personal de salud; y
  - La incapacidad de asegurarse de que las personas usuarias completen el ciclo completo de tratamiento. En esencia, la resistencia a los medicamentos surge en áreas con programas que tienen controles deficientes de la TB.<sup>2</sup>

15 Deiss, R. G., Rodwell, T. C., & Garfein, R. S. (2009). Tuberculosis and illicit drug use: Review and update. *Clinical Infectious Diseases*, 48(1), 72–82.

16 WHO (2016). Tuberculosis: Fact sheet. Geneva: Author.

17 Deiss, R. G., Rodwell, T. C., & Garfein, R. S. (2009). Tuberculosis and illicit drug use: Review and update. *Clinical Infectious Diseases*, 48(1), 72–82.

- La tuberculosis multi-drogo-resistente (TB-MDR) es una forma de TB causada por bacterias que no responde a los dos medicamentos de primera línea anti TB más potentes. La TB-MDR es tratable y curable con medicamentos de segunda línea. Sin embargo, las opciones de tratamiento de segunda línea son limitadas y requieren quimioterapia extensa (hasta 2 años de tratamiento) con medicamentos que son costosos y tóxicos<sup>18</sup>.
- Desgraciadamente, pueden desarrollarse resistencias más severas a los medicamentos. La tuberculosis extremadamente resistente (XDR-TB) es una forma más grave de TB-MDR causada por bacterias, que no responde a los medicamentos antituberculosos de segunda línea más eficaces, lo que a menudo deja a las personas usuarias sin más opciones de tratamiento.

### **Problemas Relacionados con los TUS**

- Los problemas relacionados con el uso de sustancias incluyen:
  - Una reducción en la capacidad del sistema inmune para combatir la TB;
  - Un diagnóstico más tardío debido a un menor acceso a atención médica de rutina por parte de las personas que abusan de sustancias;
  - Menores probabilidades de que las personas que abusan de sustancias completen el tratamiento contra la TB, lo que significaría que la TB podría durar más o hacerse resistente a los medicamentos; y
  - El aumento del riesgo de transmisión en las personas también se debe a las condiciones de vida de hacinamiento, la mala alimentación, la pobreza, las dificultades económicas y la mayor vulnerabilidad<sup>19</sup>.
- Los/las terapeutas de TUS pueden ayudar a detener la propagación de la TB:
  - Educando a las personas usuarias sobre la enfermedad;
  - Ayudando a las personas usuarias a abordar los problemas relacionados con la adherencia a los medicamentos; y
  - Estableciendo alianzas con otras personas de la comunidad para ayudar a asegurar que los problemas de salud pública se aborden efectivamente.

## **Trastornos Médicos Co-ocurrentes Comunes — la Hepatitis**

### **Tipos y Transmisión**

- Las personas que usan sustancias, en especial las que ya tienen TB o VIH, también están expuestas a un alto riesgo de infectarse con la hepatitis viral B o C.
- Las infecciones virales del hígado que se clasifican como hepatitis, incluyen las hepatitis A, B, C, D y E. Un virus diferente es el responsable de cada tipo de hepatitis de transmisión viral<sup>20</sup>.
- Las hepatitis B y C crónicas pueden tener consecuencias muy graves para la salud — incluso la muerte — debido a insuficiencia hepática o a afecciones médicas relacionadas.

18 WHO (2016). Tuberculosis: Fact sheet. Geneva: Author. Obtenido en marzo 16, 2017 de <http://www.who.int/tb/areas-of-work/drug-resistant-tb/en/>

19 WHO: Global Tuberculosis Report 2020

20 <https://www.healthline.com/health/hepatitis>.

- La hepatitis A nunca se vuelve crónica, y la mayoría de los individuos se recuperan en 6 meses. Una vez recuperada, la persona deja de ser contagiosa y es inmune a la reinfección con el virus de la hepatitis A.
- Las hepatitis A, B, C, D y E tienen diferentes vías de transmisión:
  - Las hepatitis A y E se transmiten a través del contacto fecal-oral, por lo general causado por la ingestión de agua o alimentos contaminados.
  - La hepatitis B se transmite a través del contacto con sangre y otros fluidos corporales infectados, incluyendo los fluidos relacionados con el sexo; al compartir agujas u otros equipos para la inyección de drogas, o de la madre al hijo en el nacimiento.
  - La hepatitis C se transmite principalmente a través de la sangre. Por ejemplo: recepción de sangre o de productos de la sangre contaminados; procedimientos médicos invasivos utilizando equipamiento contaminado; y la inyección de sustancias con agujas compartidas. La transmisión sexual de la hepatitis C no es común, pero puede ocurrir.
  - La hepatitis D, que se transmite a través del contacto con sangre infectada, ocurre solo entre personas con la infección de la hepatitis B.
- La mayoría de las personas que tienen hepatitis crónica no lo saben. En la mayor parte de los casos, las personas con la infección no tienen síntomas de la enfermedad, o los síntomas son tan leves que no recurren a un proveedor(a) de salud para tratarlos. Los síntomas de la hepatitis incluyen:
  - Fatiga (cansancio);
  - Sensación general de no estar bien (malestar).
  - Síntomas similares a la gripe (p. ej., dolores de cabeza, dolores musculares, fiebre de baja graduación);
  - Falta de apetito, pérdida de peso.
  - Náuseas y vómitos, dolor abdominal;
  - Ictericia (tinte amarillento no característico o nuevo en la piel y membranas mucosas);
  - Diarrea;
  - Picazón de la piel;
  - Orina de color oscura parecida al color del té; y
  - Deposiciones pálidas<sup>21 22</sup>.
- Una persona con hepatitis crónica puede mantenerse sin síntomas por décadas, mientras el hígado está siendo dañado en silencio. A medida que la hepatitis avanza y provoca más daño hepático, el hígado puede quedar con cicatrices, una condición conocida como fibrosis. La fibrosis en ocasiones conduce a la cirrosis, que se caracteriza por una profusa cicatrización en el tejido hepático.
- La hepatitis B (VHB) y la hepatitis C (VHC) son las infecciones de hepatitis viral más comunes, que se transmiten a través de los comportamientos a menudo riesgosos de personas que usan drogas

21 U.S. Institute of Medicine. (2010). Hepatitis and liver cancer: A national strategy for prevention and control of hepatitis B and C. Washington, DC: National Academies Press.

22 [www.nidk.nih.gov/health-information/liver-disease/viral-hepatitis](http://www.nidk.nih.gov/health-information/liver-disease/viral-hepatitis)



— en especial, entre las personas que se inyectan drogas. Si la hepatitis no se trata, puede llevar a una cirrosis, un deterioro y mal funcionamiento progresivo del hígado. También puede provocar un cáncer de hígado llamado carcinoma hepatocelular. De hecho las infecciones por el VHB y VHC están asociadas a alrededor del 65 por ciento de los cánceres de hígado en todo el mundo. Las personas que tienen una infección crónica por el VHB requieren un monitoreo médico permanente para asegurarse de que los medicamentos estén manteniendo al virus bajo control y que la enfermedad no evolucione hacia un daño hepático o cáncer<sup>23</sup>.

## Tratamiento

- Los avances más notables en el campo de la hepatitis se producen en el ámbito del tratamiento. El tratamiento está cambiando rápidamente para mejor. Estos avances han hecho que los regímenes de tratamiento sean más cortos, menos difíciles de tolerar y más efectivos.
- Los medicamentos desarrollados recientemente pueden curar a la mayoría de las personas con hepatitis C y pueden controlar la infección por hepatitis B. Las personas que reciben estos medicamentos tienen muchas menos probabilidades de morir de cáncer de hígado y cirrosis, y menos probabilidades de transmitir el virus a otras personas.
- La mayoría de los casos de hepatitis B se resuelven sin tratamiento, aunque varios medicamentos antivirales se utilizan para tratar la hepatitis B crónica.
- Sin embargo, sólo una de cada cinco personas con hepatitis C supera la infección sin tratamiento. El tratamiento estándar recomendado para la hepatitis C es una combinación de inyecciones de interferón pegilado y ribavirina, aunque en algunos lugares ya se dispone de algunos medicamentos orales.
- En los últimos años, se han aprobado medicamentos antivirales disponibles para el tratamiento del VHC y nuevos tratamientos.
- Muchos tratamientos antivirales contra el VHC pueden curar a más del 90 por ciento de las personas que los toman en un plazo de 8 a 12 semanas.
- El tratamiento del VHC reduce considerablemente las muertes, y las personas que se curan tienen mucho menos probabilidades de desarrollar cirrosis o cáncer de hígado.

## Incidencia

- Un nuevo estudio auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado que, a nivel mundial, un estimado de 2.3 millones de personas que vive con el VIH está coinfectado con el virus de la hepatitis C (VHC). De ellos, más de la mitad, o sea 1.3 millones, son personas que se inyectan drogas (PWID). El estudio también reveló que las personas infectadas por el VIH tienen en promedio 6 veces más probabilidades de contraer el VHC que las no infectadas por el VIH, lo que apunta a la necesidad de mejorar los servicios integrados para el VIH y el VHC.
- Hay una alta prevalencia de coinfección del VIH, la hepatitis B y la hepatitis C entre las personas que se inyectan sustancias (PWID).
- Las personas con VIH que se han infectado con el VHB o el VHC están expuestas a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades relacionadas con el hígado.
- Las personas que se han infectado con el VIH y con el VHC triplican sus probabilidades de padecer una enfermedad hepática, insuficiencia hepática y muerte relacionada con problemas hepáticos.

23 <https://www.drugabuse.gov/drug-topics/viral-hepatitis-very-real-consequence-substance-use>

- El número de casos agudos del VHC se ha triplicado con creces entre 2010 y 2017<sup>24</sup>.
- La hepatitis C y el VIH siguen caminos paralelos porque el comportamiento de riesgo relacionado con el sexo y con la inyección de sustancias entre las personas con TUS genera un alto riesgo de transmisión tanto de la hepatitis C como del VIH, especialmente entre las poblaciones marginadas y de riesgo.
- Sin embargo, en la actualidad, la hepatitis C está cinco veces más expandida en todo el mundo que el VIH, debido a que es más infecciosa y a que ha existido durante más tiempo<sup>25</sup>.

## Los TUS y los Trastornos Médicos Infecciosos

- Aunque el uso de sustancias inyectables es un importante factor de riesgo para el VIH y la hepatitis B y C, es sólo un factor. Los TUS aumentan el riesgo de contraer el VIH, la TB y la hepatitis de muchas otras formas, entre ellas:
  - Aumenta la probabilidad de prácticas sexuales de alto riesgo, como el sexo sin protección y múltiples parejas, debido a la alteración de la capacidad de discernimiento y la menor inhibición;
  - Aumenta el riesgo del sexo “transaccional” (intercambiar sexo por dinero o por sustancias); y
  - Aumenta el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas como la TB debido a la falta de autocuidado y de acceso a la atención médica<sup>26</sup>.
- El tratamiento de los TUS puede desempeñar un papel importante en disminuir la incidencia y el impacto de los trastornos médicos co-ocurrentes. Por ejemplo, las investigaciones han demostrado que el tratamiento de los TUS puede:
  - Disminuir el riesgo de infección por el VIH;
  - Aumentar la probabilidad del tratamiento con TARGA, ralentizando la progresión del VIH y sus consecuencias; y
  - Ser costo efectivo, y generar resultados de salud positivos.
- Los/las terapeutas de TUS pueden:
  - Educar a las personas usuarias sobre la transmisión y el tratamiento del VIH, la TB y la hepatitis;
  - Informar a las personas usuarias sobre prácticas sexuales más seguras;
  - Distribuir preservativos y lubricantes;
  - Proporcionar derivaciones para que las personas usuarias se realicen exámenes y reciban atención médica como parte del tratamiento.
  - Mantener un contacto estrecho con los proveedores de tratamiento médico;
  - Proporcionar apoyo a las personas usuarias que se someten a exámenes o a tratamiento; y
  - Ayudar a monitorear la adherencia a los medicamentos.

24 Plat, Lucy et.al (2016) Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. The Lancet Infectious Diseases , Volume 16 , Issue 7 , 797 - 808

25 Lavanchy, D. (2009). The global burden of hepatitis C. Liver International, 29 (Suppl I), 74–81.

26 U.S. Department of Health and Human Services. (2006). NIDA Research Report Series: HIV/AIDS. Bethesda, MD: Author.



---

# MÓDULO 7

---

## INTEGRACIÓN DEL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA

|                                                                 |            |
|-----------------------------------------------------------------|------------|
| <i>Contenido y Programa de Trabajo .....</i>                    | <i>387</i> |
| <i>Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje.....</i> | <i>387</i> |
| <i>Página de Apoyo .....</i>                                    | <i>388</i> |



| Índice y Programa de Trabajo                                                               |                   |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| Actividad                                                                                  | Duración          | Persona Responsable |
| Módulo 7 e introducción al ejercicio de revisión                                           | 10 minutos        |                     |
| Ejercicio en grupos pequeños:<br>Elaboración de un Plan de Integración en la Práctica      | 35 minutos        |                     |
| <b>Receso</b>                                                                              | <b>15 minutos</b> |                     |
| Ejercicio en grupos pequeños: Elaboración de un Plan de Integración en la Práctica (Cont.) | 15 minutos        |                     |
| Competencia de Evaluación del Aprendizaje                                                  | 20 minutos        |                     |
| Evaluación General de la Capacitación                                                      | 15 minutos        |                     |
| Ceremonia de Término del Programa y Socialización                                          | 30 + minutos      |                     |

## Metas y Objetivos del Módulo 7

### Metas de la Capacitación

- Alentar a los/las participantes a reflexionar sobre los recursos, obstáculos, y estrategias para el cambio; y
- Proporcionar una oportunidad para elaborar un plan personal de integración en la práctica.

### Objetivo de Aprendizaje

Los/las participantes que completen el Módulo 7 habrán desarrollado un plan personal de integración en la práctica.

**Página de Apoyo 7.1:**  
*Plan de Integración en la Práctica*

1.

Lo más importante que he aprendido de esta capacitación y que no quiero olvidar es:
2.

Los cambios que haré en mi práctica en base a lo que he aprendido aquí son:
3.

Algunas cosas que podrían interferir con mis planes son (p. ej. obstáculos previstos):
4.

Las formas en que podría superar estos obstáculos incluyen:
5.

Las siguientes personas (incluyendo supervisores, potenciales tutores, etc.) y recursos (cursos, lecturas adicionales) podrían ayudarme de las siguientes maneras:

| Persona o Recurso | Posibles formas de ayudar |
|-------------------|---------------------------|
|                   |                           |
|                   |                           |
|                   |                           |
|                   |                           |
|                   |                           |

# Anexo A

## Glosario

|                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Trastorno de la personalidad antisocial</b><br>( <i>Antisocial personality disorder</i> )                                 | Trastorno que se caracteriza por comportamientos antisociales que implican una desconsideración generalizada por los derechos de los demás y una vulneración de los derechos, sentimientos y seguridad de las demás personas. Estos comportamientos comienzan en la primera infancia (trastorno de conducta) o en los primeros años de la adolescencia y continúan en la edad adulta. |
| <b>Trastorno de ansiedad</b><br>( <i>Anxiety disorder</i> )                                                                  | Trastornos variados que implican sentimientos excesivos o inapropiados de ansiedad o preocupación. Algunos ejemplos son el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico y el trastorno de estrés postraumático (TEPT).                                                                                                                                                        |
| <b>Terapia de combinación antirretroviral</b><br>( <i>Antiretroviral combination therapy</i> )                               | Tratamiento de la infección por VIH/SIDA que emplea una combinación de diversos medicamentos para eliminar el virus del VIH o retrasar, tanto el desarrollo de virus resistentes como la aparición de los síntomas del SIDA. Una forma es la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA).                                                                                       |
| <b>Trastorno por déficit de atención/hiperactividad - TDAH</b><br>( <i>Attention-deficit hyperactivity disorder - ADHD</i> ) | Un trastorno que generalmente se presenta en la primera infancia y que se caracteriza por inatención, hiperactividad e impulsividad.                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Trastorno Bipolar</b><br>( <i>Bipolar disorder</i> )                                                                      | Un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por alternar entre episodios de depresión y de manía (ver episodio maniaco).                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Trastorno de la personalidad límite</b> ( <i>Borderline personality disorder</i> )                                        | Una enfermedad cuya característica principal es un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, junto con una marcada impulsividad, que comienza en la edad adulta temprana y está presente en una variedad de contextos.                                                                                                     |
| <b>Recuento de células CD4</b><br>( <i>CD 4 count</i> )                                                                      | La cantidad de linfocitos CD4 (un tipo de célula T; ver más adelante) en una muestra de sangre. El recuento de linfocitos CD4 determina el funcionamiento del sistema inmune.                                                                                                                                                                                                         |

|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Capital de recuperación comunitario</b><br>( <i>Community recovery capital</i> ) | <p>Abarca las actitudes/políticas/recursos de la comunidad relacionados con la adicción y la recuperación, que promueven la resolución de los problemas de alcohol y otras drogas. El capital de recuperación comunitario incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• iniciativas activas para reducir el estigma relacionado con la adicción/recuperación;</li> <li>• modelos de recuperación locales visibles y diversos;</li> <li>• un continuo completo de recursos para el tratamiento de la adicción;</li> <li>• recursos de ayuda mutua para la recuperación, que sean accesibles y diversos;</li> <li>• instituciones locales de apoyo a la recuperación (centros de recuperación/clubes, asociaciones de ex participantes en tratamientos, hogares de recuperación, escuelas de recuperación, industrias de recuperación, ministerios/iglesias de recuperación); y</li> <li>• fuentes de apoyo a la recuperación sostenida y re-intervención temprana (p. ej., controles de la recuperación a través de programas de tratamiento, programas de asistencia a los empleados, programas de asistencia profesional, tribunales de drogas u organizaciones comunitarias de recuperación).</li> </ul> <p>El capital cultural es una forma de capital comunitario. Se refiere a la disponibilidad local de vías de recuperación culturalmente prescritas, que tienen efecto en determinados individuos y familias.*</p> |
| <b>Trastorno de conducta</b><br>( <i>Conduct disorder</i> )                         | Un patrón de comportamiento repetitivo y persistente en niños/niñas o adolescentes en el que se vulneran los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales apropiadas para la edad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Trastornos co-ocurrentes - TCO</b><br>( <i>Co-occurring disorders - COD</i> )    | Padecer tanto de un trastorno por uso de sustancias como de un trastorno mental o médico (o ambos).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Comorbilidad</b><br>( <i>Co-morbidity</i> )                                      | Término utilizado en la comunidad médica y psicológica para describir la existencia de dos o más enfermedades o condiciones en el mismo individuo al mismo tiempo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Delirium</b>                                                                     | Una condición temporal de disminución de la conciencia del propio entorno y un pensamiento confuso, a veces acompañado de alucinaciones y delirios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Depresión</b><br>( <i>Depression</i> )                                           | Un trastorno marcado por la tristeza, la inactividad, la dificultad para pensar y concentrarse, aumento o disminución significativa del apetito y de las horas de sueño, sentimientos de abatimiento y desesperanza y, a veces, pensamientos suicidas o intentos de cometer suicidio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

\* White, W. & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. Counselor, 9(5), 22-27.

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Demencia</b><br>( <i>Dementia</i> )                    | Un conjunto de síntomas que afectan las capacidades intelectuales y sociales y que son lo suficientemente graves como para interferir en el funcionamiento diario. Los síntomas incluyen problemas de memoria, concentración y resolución de problemas. Puede ser causada por un proceso patológico (p. ej., la enfermedad de Alzheimer) o por los efectos de sustancias directamente tóxicas para el cerebro.    |
| <b>Despersonalización</b><br>( <i>Depersonalization</i> ) | Sensación de la persona de estar separada de los procesos mentales o del cuerpo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Desrealización</b><br>( <i>Derealization</i> )         | Sensación de irrealidad. Alteración de la percepción o experiencia del mundo exterior de una persona, de manera que parece irreal.                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Desintoxicación</b><br>( <i>Detoxification</i> )       | Una limpieza de las toxinas del cuerpo. El procedimiento médico y biopsicosocial que ayuda a una persona que es dependiente de una o más sustancias a dejar de depender de todas las sustancias de abuso.                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Trastorno</b><br>( <i>Disorder</i> )                   | Una enfermedad o una alteración de algún proceso mental o físico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Dopamina</b><br>( <i>Dopamine</i> )                    | Una sustancia química del cerebro, clasificada como neurotransmisor, que se encuentra en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación y el placer.                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Farmacorresistencia</b><br>( <i>Drug resistance</i> )  | Una situación en la que una bacteria o un virus objetivo puede crecer en presencia de una sustancia química (el medicamento) que normalmente lo destruiría o limitaría su crecimiento. La resistencia a los medicamentos puede ser causada por la mutación de un virus o por el uso inadecuado de los medicamentos antibióticos.                                                                                  |
| <b>Trastorno dual</b><br>( <i>Dually disordered</i> )     | Término utilizado para referirse a un individuo que ha sido diagnosticado con un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias. Sin embargo, este término excluía a alguien que tuviera más de un TUS o más de un trastorno mental. El trastorno dual se sigue utilizando para definir a una persona con dos trastornos mentales, tales como el trastorno bipolar y el trastorno de estrés postraumático. |
| <b>Etiología</b> ( <i>Etiology</i> )                      | En este contexto, fuente de origen de un trastorno mental.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Formicación</b><br>( <i>Formication</i> )              | Alucinaciones de bichos o alimañas arrastrándose dentro o por debajo de la piel. Puede llevar a rascarse y a sufrir grandes daños en la piel.                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Hepatitis</b>                                          | Una inflamación del hígado, con el consiguiente daño a las células hepáticas y riesgo de muerte. La hepatitis puede ser de duración limitada o crónica. Podría ser causada por una infección viral o por la exposición crónica a venenos, sustancias químicas o drogas de abuso, como el alcohol.                                                                                                                 |

|                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Terapia antirretroviral de gran actividad - o TARGA</b> ( <i>Highly active anti-retroviral therapy (or HAART)</i> ) | El régimen de ingerir tres o más medicamentos contra el VIH diariamente. La TARGA impide que el VIH se multiplique y destruya las células CD4 que combaten la infección.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Hipervigilancia</b> ( <i>Hypervigilance</i> )                                                                       | Estar constantemente bajo tensión y "en guardia".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Episodio hipomaniaco</b> ( <i>Hypomaniac episode</i> )                                                              | Al igual que un episodio maniaco, un episodio hipomaniaco es un período caracterizado por un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable; hiperactividad mental y física y/o desorganización del comportamiento. A diferencia de un episodio maniaco, los cambios son más leves y no causan una disfunción significativa.                                                                                                                            |
| <b>Infeccioso</b> ( <i>Infectious</i> )                                                                                | Capaz de propagarse por un agente como un virus o una bacteria.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Tratamiento integrado</b> ( <i>Integrated treatment</i> )                                                           | Todo mecanismo a través del cual las intervenciones de tratamiento para los trastornos co-ocurrentes se combinan en el contexto de una relación de tratamiento primario o un entorno de servicios. Reconoce la necesidad de un enfoque de tratamiento unificado para el abuso de sustancias, la salud mental y las necesidades relacionadas de una persona usuaria, y es el modelo preferido de tratamiento.                                                                       |
| <b>Intervención</b> ( <i>Intervention</i> )                                                                            | Abarca las estrategias de tratamiento, terapias o técnicas específicas que se utilizan para tratar uno o más trastornos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Síndrome de Korsakoff</b> ( <i>Korsakoff's syndrome</i> )                                                           | Trastorno neurológico que afecta la memoria, causado por una deficiencia de tiamina inducida por el alcohol, que generalmente no es reversible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Labilidad emocional</b> ( <i>Lability, emotional</i> )                                                              | Una condición de reacciones emocionales excesivas y cambios de humor frecuentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Trastorno latente</b> ( <i>Latent disorder</i> )                                                                    | Cuando una persona tiene el potencial biológico para un trastorno mental, o es vulnerable a él, pero aún no ha experimentado síntomas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Trastorno depresivo mayor</b> ( <i>Major depressive disorder</i> )                                                  | Un trastorno del estado de ánimo que tiene un curso clínico de uno o más episodios graves de depresión que dura dos o más semanas. Los episodios se caracterizan por una pérdida de interés o de placer en casi todas las actividades; alteraciones del apetito, del sueño o del funcionamiento psicomotor; disminución de la energía; dificultades para pensar o tomar decisiones; pérdida de autoestima o sentimientos de culpa; y pensamientos suicidas o intentos de suicidio. |



|                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Comportamiento desadaptativo</b><br>( <i>Maladaptive behavior</i> )   | Comportamiento disfuncional, no apropiado para una situación, o improductivo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Episodio maníaco</b><br>( <i>Manic episode</i> )                      | Periodo caracterizado por un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable; hiperactividad mental y física; y/o desorganización del comportamiento que causa una disfunción significativa.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Trastorno mental</b><br>( <i>Mental disorder</i> )                    | Una condición mental marcada principalmente por una desorganización de la personalidad, de la mente y de las emociones, suficiente como para perjudicar seriamente el funcionamiento psicológico o conductual normal del individuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Programa de salud mental</b> ( <i>Mental health program</i> )         | Un conjunto organizado de servicios e intervenciones con un enfoque primario en el tratamiento de los trastornos de salud mental, tanto si se trata de una estabilización aguda como de un tratamiento continuo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Trastornos del estado de ánimo</b><br>( <i>Mood disorders</i> )       | Incluyen los trastornos depresivos ("depresión unipolar"), los trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología — el trastorno del estado de ánimo debido a una afección médica general y el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Neurotransmisor</b><br>( <i>Neurotransmitter</i> )                    | Una sustancia química producida por las neuronas para transportar mensajes de una célula nerviosa a otra.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Paranoia</b>                                                          | Un tipo de delirio, o idea falsa, que no se puede cambiar por medio de un argumento o una prueba en contrario. La paranoia clínica implica el delirio de que las personas o los eventos están de alguna manera especialmente relacionados con uno mismo. Las personas que sufren de paranoia podrían creer que los demás están hablando de ellas, tramando planes retorcidos sobre ellas, o planeando hacerles daño. La paranoia suele producirse durante episodios de uso crónico de estimulantes en altas dosis y podría ocurrir durante la abstinencia de sedantes-hipnóticos como el alcohol. |
| <b>Percepción</b><br>( <i>Perception</i> )                               | La conciencia o comprensión del entorno mediante la organización e interpretación de la información sensorial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Neuropatía periférica</b><br>( <i>Peripheral neuropathy</i> )         | Los nervios periféricos transportan información hacia y desde el cerebro, y desde la médula espinal al resto del cuerpo. La neuropatía periférica significa que estos nervios no funcionan correctamente. Es causada por daños a los nervios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Trastornos de la personalidad</b><br>( <i>Personality disorders</i> ) | Patrones de comportamiento rígidos, inflexibles y desadaptativos de suficiente gravedad como para causar angustia interna o un deterioro significativo del funcionamiento. Los trastornos de la personalidad son estilos permanentes y persistentes de comportamientos y pensamientos, más que eventos raros o inusuales en la vida de una persona.                                                                                                                                                                                                                                               |

|                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Trastorno de estrés postraumático - TEPT (<i>Post-traumatic stress disorder - PTSD</i>)</b> | Un trastorno que se desarrolla después de la exposición a un evento altamente estresante (por ejemplo, un combate en tiempos de guerra, violencia física o desastre natural). Los síntomas incluyen dificultades para dormir, hipervigilancia, evitación de los recuerdos del acontecimiento y reexperimentación del trauma a través de flashbacks o de pesadillas recurrentes. |
| <b>Psicosis (<i>Psychosis</i>)</b>                                                             | Un trastorno mental que se caracteriza por claras distorsiones de la capacidad mental de una persona, de su capacidad para darse cuenta de la realidad y de las relaciones con los demás, hasta tal punto que interfiere con la capacidad de esa persona para desenvolverse en la vida cotidiana.                                                                               |
| <b>Medicamento psicotrópico (<i>Psychotropic medication</i>)</b>                               | Cualquier medicamento capaz de afectar la mente, las emociones y el comportamiento. Los medicamentos psicotrópicos se utilizan a menudo para tratar trastornos mentales.                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Capital de recuperación (<i>Recovery capital</i>)</b>                                       | El capital de recuperación (CR) se refiere a los recursos internos y externos a los que puede recurrir una persona para iniciar y mantener la recuperación de graves problemas de TUS. Hay tres tipos de capital de recuperación en los que pueden influir los/las profesionales en adicciones: el capital personal, familiar/social y comunitario.                             |
| <b>Esquizofrenia (<i>Schizophrenia</i>)</b>                                                    | Un trastorno psicótico que se caracteriza por síntomas que se enmarcan en dos categorías: (a) síntomas positivos, como distorsiones en los pensamientos (delirios), percepciones (alucinaciones), y lenguaje y pensamientos, y (2) síntomas negativos, como respuestas emocionales planas y disminución del comportamiento dirigido a objetivos.                                |
| <b>Células T (<i>T-cells</i>)</b>                                                              | Las células T son un tipo de glóbulos blancos que desempeñan un papel importante en el sistema inmune del organismo. El VIH ataca a un determinado tipo de célula T: el linfocito CD4                                                                                                                                                                                           |

# Anexo B

## Recursos

### **Estadísticas sobre el Uso de Drogas a Nivel Global**

United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). World drug report 2020. New York: United Nations.

World Health Organization. (2010). Management of substance abuse: The global burden. Geneva: Author. Obtenido en diciembre 10, 2010, de World Health Organization. (2011). Management of substance abuse: Facts and figures. Geneva: Author. Obtenido en diciembre 10, 2010, de [http://www.who.int/substance\\_abuse/facts/en/](http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/)

United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). World drug report 2014. New York: United Nations. [http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World\\_Drug\\_Report\\_2014\\_web.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf)

World Health Organization. (2010). Management of substance abuse: The global burden. Geneva: Author. Obtenido en diciembre 10, 2010, de [http://www.who.int/substance\\_abuse/facts/global\\_burden/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/facts/global_burden/en/index.html)

World Health Organization. (2011). Management of substance abuse: Facts and figures. Geneva: Author. Obtenido en diciembre 10, 2010, de [http://www.who.int/substance\\_abuse/facts/en/](http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/)

### **Trastornos Mentales Co-ocurrentes**

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.,). Washington, DC: Author.

Dziegielewska, S. F. (2002). DSM-5™ in action. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Funk, M., Drew, N., & Freeman, M. (2010). Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf)

U.S. National Institute on Drug Abuse. (2010). Research Report series: Comorbidity—Addiction and other mental illnesses. Bethesda, MD: National Institutes of Health. <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/rcomorbidity.pdf>

U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2005). Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment Improvement Protocol 42. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14528>

U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). Recovery defined—A unified working definition and set of principles. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. <http://blog.samhsa.gov/2011/05/20/recovery-defined-a-unified-working-definition-and-set-of-principles>

U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration's Co-occurring Disorders Web Site <http://www.samhsa.gov/co-occurring>

World Health Organization. (2003). Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO directions. Geneva: Author. [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/785.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf)

World Health Organization. (2006). Preventing suicide: A resource for counselors. Geneva: Author. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594314_eng.pdf)

World Health Organization. (2007). International statistical classification of diseases and related health problems, (10th revision). Geneva: Author. <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>

World Health Organization. (2009). Improving health systems and services for mental health. Geneva: Author. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598774_eng.pdf)

World Health Organization. (2009). Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva: Author. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547697\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547697_eng.pdf)

## Trastornos Médicos Co-ocurrentes

Burrows, D. (2003). Training guide for HIV outreach prevention with injecting drug users: Workshop manual. Geneva: World Health Organization. [http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/en/MANUALweb.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/MANUALweb.pdf)

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2010). UNAIDS report on the global AIDS epidemic: 2010. Geneva: Author. [http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123\\_GlobalReport\\_full\\_en.pdf](http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf)

United Nations Office on Drugs and Crime. (2010). Facts about drug use and the spread of HIV. New York: United Nations. [http://www.unodc.org/documents/frontpage/Facts\\_about\\_drug\\_use\\_and\\_the\\_spread\\_of\\_HIV.pdf](http://www.unodc.org/documents/frontpage/Facts_about_drug_use_and_the_spread_of_HIV.pdf)

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2016). Coinfection with HIV and hepatitis C virus. Atlanta, GA: Author. <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/PDF/HIV-Viral-Hepatitisacc.pdf>

U.S. Centers for Disease Control and Prevention. (2017). HIV and TB. Atlanta, GA: Author. <http://www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/PDF/hivtb.pdf>

U.S. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (n.d.). Hepatitis. <http://www.niaid.nih.gov/topics/hepatitis/Pages/default.aspx>

U.S. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (n.d.). HIV/AIDS. <http://www.niaid.nih.gov/topics/HIVAIDS/Understanding/Pages/Default.aspx>

U.S. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. (n.d.). Tuberculosis. <http://www.niaid.nih.gov/topics/tuberculosis/Pages/default.aspx>

World Health Organization. (2017). Hepatitis B fact sheet. Number 204. Geneva: Author. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/index.html>

World Health Organization. (2017). Tuberculosis fact sheet. Number 104. Geneva: Author. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en>

World Health Organization. (2015). Hepatitis C Fact sheet. Number 164. Geneva: Author. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/index.html>

World Health Organization. (2011). HIV/AIDS fact sheet. Number 360. Geneva: Author. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/index.html>

## **Manejo de la Recuperación**

Treatnet—International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. (2008). Drug dependence treatment: Sustained recovery management. New York: United Nations Office on Drugs and Crime. [http://www.unodc.org/docs/treatment/111SUSTAINED\\_RECOVERY\\_MANAGEMENT.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/111SUSTAINED_RECOVERY_MANAGEMENT.pdf)

White, W. L. (2008). Recovery management and recovery-oriented systems of care: Scientific rationale and promising practices. Philadelphia: Northeast Addiction Technology Center, Great Lakes Addiction Technology Center, and Department of Behavioral Health/Mental Retardation Services. [http://www.facesandvoicesofrecovery.org/pdf/White/recovery\\_monograph\\_2008.pdf](http://www.facesandvoicesofrecovery.org/pdf/White/recovery_monograph_2008.pdf)

White, W., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. Counselor, 9(5). <http://www.williamwhitepapers.com/pr/2008RecoveryCapitalPrimer.pdf>



# Anexo C

## Reconocimientos especiales

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a los siguientes miembros por haber producido la 3era edición de este manual, que fue publicada en el año 2017.

**Dra. Marta Torrens**

Profesora de Psiquiatría  
Universidad Autónoma de Barcelona  
*España*

**Martha Hurley, Ph.D,**

Jefa de Departamento y Profesora,  
Texas A&M University Commerce  
*EEUU*

**Dr. Roberto Muga**

Hospital Universitari Germans Trias,  
*España*

Hendrée Jones, Ph.D,

Departamento de Obstetricia y Ginecología,  
UNC

**Heather J. Gotham, Ph.D.,**

Profesora Asociada de Investigación  
Missouri-Kansas City,  
*EE.UU.*

**Dra. Elizabeth Saenz**

Coordinadora de Proyecto,  
Unidad de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación  
ONUDD

**Dra. Susana Kumar Padhy,**

Profesora Asociada, PGMIR,  
*India*

**Olga Parakkal y Sanita Suhartono**

Unidad de Prevención,  
Tratamiento y Rehabilitación  
ONUDD

**Dr. Randy Koch**

Profesor Adjunto  
Virginia Commonwealth University  
*EE.UU.*

**Dr. Yatan Pal Singh Balhara**

Profesor Adjunto, Centro Nacional de Tratamiento de  
la Dependencia de Drogas,  
Centro Colaborador de la OMS sobre  
Abuso de Sustancias, All India institute of Medical  
Sciences (AIIMS),  
*India*

**Sadie Thimsen,**

Oficial de Asuntos Externos,  
INL

**Cindy Biding,**

Gerente de Programa,  
Programa de Asesoramiento sobre Drogas – Plan  
Colombo,  
*Sri Lanka*

**V. Thirumagal, Ph.D,**

Consultor-Capacitador

**Winona Pandan,**

Gerente de Programa,  
Programa de Asesoramiento sobre Drogas – Plan  
Colombo,  
*Sri Lanka*

**Beatrice Kathungu, Ph.D,**

Académica,  
Kenyatta University

**Nuwan Wickramasinghe,**  
Diseñador Gráfico Senior,  
Programa de Asesoramiento sobre Drogas –  
Plan Colombo,  
*Sri Lanka*

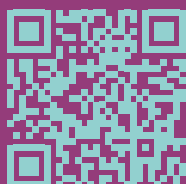
**Prof. Dr. Mahmood Nazar Mohamed,**  
Vice-Rector Adjunto,  
Asia Metropolitan University

**Shirley Mikell,**  
Gerente de Proyectos,  
SME Consulting, LLP  
*EE.UU.*

**Stephanie Lusk, Ph.D**  
CRC,  
University of Arkansas  
*EE.UU.*







Currículo de Tratamiento Universal para  
Trastornos por Uso de Sustancias (UTC)

Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes  
Una Visión General para Profesionales en Adicciones



**UNIVERSAL  
CURRICULUM**  
*Treatment of Substance Use Disorders*